CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA·PORTO

CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRITICA – DE GENERALISTA A ESPECIALISTA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por
Joana Verónica Moreira Vinhas

Porto – abril de 2018

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA·PORTO

CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – DE GENERALISTA A ESPECIALISTA

CARING FOR THE PERSON IN CRITICAL SITUATION - FROM GENERALIST TO SPECIALIST

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por
Joana Verónica Moreira Vinhas

Sob a orientação de Lúcia Rocha

Porto – abril de 2018

RESUMO

O presente relatório reflete o percurso de aprendizagem e aquisição de competências verificado durante o período de estágio preconizado para o curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto.

O grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica implica um conhecimento aprofundado no domínio especializado desta área, em complemento com as competências do enfermeiro especialista. O enfermeiro mestre em enfermagem deverá compreender a dimensão das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão.

A realização deste relatório orientou-se pelos domínios das competências comuns e específicas requeridas ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, relembrando Meleis como referencial teórico na prática de enfermagem.

Demonstra o processo de desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, desde a abordagem pré-hospitalar, passando pelo serviço de urgência, até ao serviço de cuidados intensivos. Explana as atividades desenvolvidas e as estratégias que contribuíram para a aquisição de saberes, assim como a minha contribuição para a melhoria contínua da qualidade nos diferentes contextos através de uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, apresentando o perfil de competências construído numa prática baseada na evidência científica, e desenvolvida em contextos de referência.

A melhoria contínua da qualidade nos diferentes contextos de estágio foi o meu principal foco de atenção e serviu de pano de fundo no desenrolar de todas as atividades desenvolvidas durante o mesmo.

A melhoria da qualidade é, atualmente, uma ação prioritária e um importante requisito na gestão das organizações de saúde. As associações de profissionais assumem um papel fundamental neste contexto e, no caso específico da enfermagem, é da responsabilidade da Ordem dos Enfermeiros a definição de padrões de qualidade, a reflexão sobre a melhoria que se pretende na prestação de cuidados, e o fomento da reflexão sobre o exercício profissional. As organizações de saúde detêm também um importante papel, devendo proporcionar ambientes favoráveis à prática, e que estimulem o esforço dos seus profissionais em prol da qualidade.

As competências adquiridas durante este percurso incitaram o incremento do pensamento crítico-reflexivo na ação e para a ação; tendo consequentemente levado a uma prática de cuidados de enfermagem altamente qualificados, direcionados para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao doente em situação critica e família.

O desenvolvimento da aprendizagem é um contínuo ao longo da vida, pelo que enquanto mestre em enfermagem guiarei o meu exercício de funções pela evidência científica, pela segurança, e pela qualidade dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem, Competências Especializadas, Doente Crítico, Qualidade dos Cuidados.

ABSTRACT

This report reflects the course of learning and acquisition of competences verified during the period of internship for the Master course in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing, of the Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto.

The Master's degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing implies a deep knowledge in the specialized field of this area, complementing the skills of the specialist nurse. The Master in nursing should understand the dimension of human responses to life processes and health problems, and demonstrate high levels of clinical judgment and decision-making.

This report was guided for the areas of common and specific competencies required for nurse specialist in medical and surgical nursing, reminding Meleis as a theoretical referential in nursing practice.

It demonstrates the process of developing specialized skills in caring of the person experiencing complex processes of critical illness and/or organic collapse, from the prehospital approach, through the emergency department, to the intensive care service. It explains the developed activities and the strategies that contributed to the acquisition of knowledge, as well as my contribution to the continuous improvement of quality in the different contexts through a descriptive, analytical and reflexive methodology, presenting the competency profile built on an evidence-based practice scientific, and developed in reference contexts.

The continuous improvement of quality in different internship contexts was my main focus and served as a background in all activities developed during the same period.

The improvement of quality is currently a priority action and an important requirement in the management of health organizations. Professional associations play a fundamental role in this context and, in the specific case of nursing, it is the responsibility of the Ordem dos Enfermeiros to define quality standards, reflection on the improvement that is sought in the provision of care, and foster reflection about the professional practice. Health organizations also play an important role and they should provide supportive environments and stimulating the efforts of their professionals for quality.

The skills acquired during this course stimulated the increase of critical-reflexive thinking in action and to the action; these consequently led to a practice of highly qualified nursing care, directed to the continuous improvement of the quality of nursing care provided to the critical patient and his family.

The development of learning is a lifelong continuum, so as a master in nursing I will guide my exercise of functions, through scientific evidence, safety, and quality of nursing care.

Keywords: Nursing, Specialized Skills, Critical Illness, Quality of Care.

"Sei que o meu trabalho é pequeno como uma gota no oceano,

mas sem ele o oceano seria menor."

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

*À minha orientadora, **Professora Lúcia Rocha**, pela colaboração, disponibilidade e suporte ao longo deste percurso.*

*Á **Isabel**, ao **Ricardo**, ao **Zé**, ao **José**, à **Paula** e ao **Fernando**, pela tutoria e partilha de saberes, que tanto contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional durante o percurso da especialização.*

*Ao meu **pai e irmão**, por serem sempre o meu porto de abrigo e por me terem ensinado a nunca desistir.*

*Ao **Pedro**, por teres sido luz neste meu percurso, por teres suportado o meu mau feitio em dias difíceis, e por teres acreditado sempre em mim. Obrigada pelo teu amor e dedicação.*

*Aos meus **avós**, por continuarem a brilhar e a iluminar o meu caminho.*

*Ao **Pulga** e ao **Kiko**, pelo amor que só vocês me sabem dar.*

*À **Sara** e à **Ana**, por todo o apoio e incentivo, por estarem sempre ao meu lado, e por compreenderem a minha ausência em alguns momentos.*

*À **Inês**, à **Ana** e à **Rita**, pelo incentivo mútuo e pela alegria de terminarmos juntas esta etapa.*

*Á minha **equipa** e à minha **chefe,** pela disponibilidade para trocas, e por me suportarem nos momentos de maior cansaço.*

A todos, muito Obrigada!

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS – Behavioral Pain Scale

CCIRA – Comissão de Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos

COAZR - Centro Operacional da Região Autónoma dos Açores

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

COMDR - Centro Operacional da Região Autónoma da Madeira

CONOR – Centro Operacional da Região Norte

COSUL – Centro Operacional da Região Sul

CRRNEU – Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

DGS – Direção Geral da Saúde

ECG – Eletrocardiograma

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ERC – European Resuscitation Council

ERC – Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos

EVA – Escala Visual Analógica

EVN – Escala Visual Numérica

FR – Frequência Respiratória

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

MEEMC – Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

OBS – Serviço de Observações

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PNI- Pressões Não Invasivas

SCI – Serviço de Cuidados Intensivos

SE – Sala de Emergência

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SpO2 – Saturações Periféricas de Oxigénio

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

TEPH – Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar

UDT – Unidade de Dor Torácica

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 1

1. CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA..... 7

2. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA..... 11

2.1. MÓDULO I – Serviço de Urgência 11

2.2. MÓDULO II – Serviço Cuidados Intensivos 13

2.3. MÓDULO III – Assistência Pré-Hospitalar 15

3. PERCURSO DE CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS: DA ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR À UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS 17

3.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal 18

3.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade 25

3.3. Domínio da Gestão de Cuidados 39

3.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais 44

CONCLUSÃO..... 53

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 57

APÊNDICES

Apêndice I: Folha de Passagem de Turno.....69

Apêndice II: DOENTE QUEIMADO- Desenvolvendo a Melhoria Da Abordagem Pré-Hospitalar……...…….…….73

Apêndice III: RECOLHA E PRESERVAÇÃO DE VESTIGIOS – O Papel do Enfermeiro do Serviço de Urgência……..125

Apêndice IV: SERVIÇO DE URGÊNCIA – A Melhoria Continua da Qualidade.159

Apêndice V: FOLHETO – Guia de Acolhimento ao Serviço de Urgência (Informação aos Doentes e Familiares……..189

Apêndice VI: FOLHETO – Guia de Acolhimento à Família do Doente Internado em OBS……..193

INTRODUÇÃO

A procura pela excelência no exercício profissional em enfermagem deve ser uma constante na vida dos profissionais, considerando a constante evolução da sociedade onde vivemos. Os doentes têm o direito a cuidados de qualidade, prestados de acordo com as mais recentes aquisições de saberes nos diferentes domínios, pelo que cabe a cada um a responsabilidade de se auto-desenvolver, adquirindo novas competências e atualizando conhecimentos e saberes que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Nesse sentido, foram desenvolvidos novos planos de estudo e programas de formação especializada, que permitiram que a enfermagem enquanto profissão e disciplina acompanhasse a evolução e as exigências crescentes do universo hospitalar moderno.

Desde cedo, e ao longo do meu percurso enquanto enfermeira, verifiquei que a minha área de interesse profissional se direcionava sempre para o cuidado do doente crítico e do doente emergente; e foi com o objetivo de desenvolver competências especializadas na abordagem e cuidado a estes doentes, que optei por ingressar o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em EMC.

Atualmente, as competências do enfermeiro especialista em EMC encontram-se difundidas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011), no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 124/2011), no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 361/2015), e no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (Regulamento n.º 188/2015).

Segundo o Regulamento n.º124/2011(p.8656), a pessoa em situação crítica é aquela *"cuja vida está ameaçada por falência ou na eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância,*

monitorização e terapêutica"; pelo que necessitam de *"cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua (...) prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total"*.

O processo de desenvolvimento de competências na área da saúde engloba a articulação entre três domínios: o conhecimento (saber); as habilidades (saber fazer); e as atitudes (saber ser e conviver/querer fazer) (Camelo, 2013). As competências profissionais compreendem características multidimensionais que vão sendo modificadas pelo conhecimento, pelas habilidades, pelo juízo crítico, bem como pela experiência, atitudes, e valores pessoais de cada um (Gómez-Rojas, 2015). Este é um processo individual, pois as dimensões do ser e do tornar-se desenvolvem-se de uma forma singular em cada um, ainda que os outros possam influenciar este processo.

A realização de estágio num curso de mestrado em enfermagem com especialidade integrada torna-se fundamental, proporcionando ao formando através da realização de um ensino tutelado, sistematizado e planeado; a aplicação em contexto clínico de conhecimentos académicos e empíricos adquiridos ao longo da prática profissional. Neste sentido, o estágio promove a consciencialização progressiva dos distintos papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver, e das competências pretendidas para o seu desempenho através da riqueza transmitida pela aprendizagem experiencial em termos de desenvolvimento moral e de responsabilidade (Matos, 1997).

O objetivo do estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em EMC prende-se com o desenvolvimento de competências clínicas específicas na conceção, gestão, e supervisão clínica dos cuidados especializados em EMC; no desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências em complemento às adquiridas; no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos; no desenvolvimento, contribuição e/ou sustentação de investigação para promoção da prática de enfermagem baseada na evidência; e na análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação da formação de pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação, e as políticas de saúde.

O estágio, estruturado em três módulos e constituído por 750 horas (540 das quais de contacto, e 210 de estudo individual); proporcionou momentos de importante reflexão

sobre as necessidades e problemas do doente/família nos diferentes contextos de prestação de cuidados.

O estágio do Módulo I decorreu num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um hospital localizado na zona metropolitana do Porto, no período de 6 de novembro de 2017 a 11 de janeiro de 2018. O estágio do Módulo II realizou-se num Serviço de Cuidados Intensivos, também de um hospital do Porto, no período de 3 de maio a 24 de junho de 2017. Relativamente ao estágio do Módulo III, a opção recaiu na Assistência Pré Hospitalar, decorreu entre 11 de setembro e 4 de novembro de 2017, e prendeu-se com um interesse pessoal e profissional no desenvolvimento de competências na área da emergência médica, num contexto onde a imprevisibilidade e a prestação de cuidados diferenciados é imposta pela gravidade dos casos abordados, sendo uma extensão da sala de emergência à rua.

O desenvolvimento e aquisição de competências especializadas no cuidar do doente crítico durante o estágio decorreu sempre através de uma intervenção planeada ao doente e à sua família, procurando a prestação de cuidados de saúde diferenciados e humanizados, e atendendo aos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão como descrito no Código Deontológico do Enfermeiro e integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Ciente de que o saber profissional especializado e avançado de enfermagem não se resume à execução de um conjunto de atividades ou procedimentos, mas à capacidade de adaptar a conduta a situações complexas, fazendo apelo aos conhecimentos, habilidades, atitudes, e gestão dos recursos; o presente relatório enquanto unidade curricular do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em EMC tem como objetivos:

- Demonstrar o processo de desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica desde a abordagem pré-hospitalar até ao serviço de cuidados intensivos;
- Descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas e as estratégias que contribuíram para a aquisição de conhecimentos e competências no decurso do estágio efetuado, à luz das competências comuns e específicas requeridas ao enfermeiro especialista em EMC;

- Disseminar o conhecimento mediante a prática baseada na evidência científica;
- Explanar a minha contribuição para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados nos diferentes contextos;
- Constituir um momento de avaliação, e coadjuvar na obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em EMC.

O Grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em EMC pressupõe que em complemento das competências especializadas, o enfermeiro desenvolva a sua capacidade de compreensão e aplicação de conhecimentos na resolução de problemas em situações novas e não familiares em contextos alargados e multidisciplinares; possuindo a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções, ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem. A obtenção deste Grau implica também o desenvolvimento de competências que permitam uma aprendizagem contínua ao longo da vida, de modo autoorientado ou autónomo.

O Relatório de Estágio "Cuidar da Pessoa em Situação Crítica - de Generalista a Especialista" segue a metodologia descritiva, analítica e reflexiva; percorrendo o desenvolvimento de competências especializadas ao longo dos três módulos de estágio, com o intuito de descrever objetivamente as experiências vivenciadas, as oportunidades de melhoria detetadas, as soluções propostas, e as dificuldades sentidas. A Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados estará sempre presente na justificação das atividades realizadas, pois é um tema do meu interesse pessoal e profissional, e no qual me baseei para desenvolver as minhas competências especializadas durante este percurso. Este documento está fundamentado na evidência científica mais recente sobre as diversas temáticas, tendo sido realizada pesquisa em bases científicas de referência. A norma utilizada para a realização de citações e referências bibliográficas foi a APA (American Psychological Association) na sua sexta edição.

Após esta introdução, o relatório será dividido em três capítulos: um primeiro onde será realizada uma reflexão sobre a complexidade do cuidar da pessoa em situação crítica; um segundo onde será realizada uma breve contextualização dos locais aonde foram realizados os diferentes módulos de estágio; ficando o terceiro reservado à reflexão

acerca do meu percurso de desenvolvimento de competências especializadas à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, segundo os quatro domínios de competências do enfermeiro especialista. Também aqui serão destacados os objetivos traçados, as atividades desenvolvidas, e as competências atingidas em cada domínio. No final, será apresentada a conclusão e as referências bibliográficas consultadas para a realização do relatório, encontrando-se em apêndice os trabalhos que tive oportunidade de realizar em cada módulo de estágio como contributo para a promoção da Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem nos diferentes contextos.

1. CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Cuidar da pessoa em situação crítica é, desde sempre, um desafio para os profissionais de saúde, inclusive, para os enfermeiros. Desde os primórdios da enfermagem que os doentes mais críticos eram devidamente alocados em salas/espaços que permitissem aos enfermeiros um contato mais direto, uma avaliação mais frequente, e uma rápida intervenção se assim o justificasse.

O desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência, profissão e disciplina tem sido influenciado pelas grandes correntes de pensamento que foram surgindo ao longo dos anos – os paradigmas de enfermagem (Morais, 2012). Contudo, as teorias e os modelos teóricos que foram surgindo, apesar da sua especificidade têm aspetos em comum: *"combinam a visão holística e humanista da pessoa com a sua singularidade e autodeterminação, na relação terapêutica entre os enfermeiros e a pessoa cuidada."* (Morais, 2012 referindo Pais Ribeiro, 2008, p.32).

Na base destes modelos surgem os conceitos de: cuidados de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente (Morais, 2012); os quais norteiam o conhecimento da disciplina, constituindo-se atualmente como a base dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2002).

A enfermagem enquanto profissão de saúde passa a ser reconhecida no século XIX, muito graças aos estudos e às publicações realizadas por Florence Nightingale (1820-1910). Foi com Florence que o cuidado ganha uma nova perspetiva no conjunto da divisão do trabalho social, sendo reconhecida a necessidade de uma formação especial e avançada, com produção de conhecimentos que fundamentem o saber-fazer e o saber-agir da enfermagem (Pires, 2009). A partir desse momento, novos caminhos foram sendo investigados, e a essência do cuidar em enfermagem (re)definido, procurando-se desenvolver estratégias que resultem numa prática profissional mais holística e personalizada (Almeida, 2011).

A pessoa em situação crítica, pelo seu potencial de instabilidade, carece de uma intervenção de enfermagem especializada. Nesse sentido, o enfermeiro especialista em EMC, através do seu juízo clinico e das suas capacidades lógicas ligadas a qualidades de reflexão e de tomada de decisão, deve assumir o papel de advogado do doente, preocupando-se em assegurar que tanto o doente como a sua família recebem cuidados de saúde óptimos, e de acordo com os conhecimentos mais recentes disponíveis.

Afaf Meleis, teórica da enfermagem moderna, desenvolveu a Teoria das Transições através de uma revisão da literatura em enfermagem, cujo modelo é focado nos processos transaccionais a que o ser humano é sujeito durante todo o seu ciclo vital (Pereira, 2011). Para Mele*is, a potencial instabilidade resultante dos acontecimentos ou não acontecimentos para a pessoa, de natureza desenvolvimental, situacional, organizacional e de saúde/doença, justificam a intervenção dos enfermeiros* (Morais, 2012, p.44).

Ao conceito de transição na prática de enfermagem está inerente uma mudança que ocorre quer a nível individual, quer a nível familiar; e que é considerada *"uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar, para outro"* (Meleis, 2010, p.25).

O processo de transição pode condicionar a ocorrência de uma alteração no estado de saúde, no desempenho de papéis, nas expectativas de vida, nas aptidões socioculturais, ou nas habilidades de gestão das respostas humanas dos indivíduos. E é aqui que o enfermeiro pode desenvolver um papel fundamental, ao proporcionar que esta transição ocorra sem conflitos, em especial na situação de doença crítica (Meleis, 2012).

Segundo a OE no Regulamento n.º 361/2015 (p.17241), cuidar da pessoa em situação crítica impõe "*observação, colheita e procura constante, de forma sistémica e sistematizada de dados, com o intuito de ininterruptamente conhecer a situação da pessoa alvo de cuidados, prevendo e detetando precocemente as complicações, assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil*".

O enfermeiro especialista em EMC detendo uma visão de cuidados mais holística e humanizada, garantindo uma intervenção competente, refletida, e baseada em conhecimentos científicos atuais; contribuirá para uma intervenção mais individualizada, proporcionando estratégias que visam promover uma independência e

um *know how* semelhante ao existente antes da situação que desencadeou a transição (Borges, 2015).

O ambiente de cuidados críticos é ambicioso mas também stressante para os profissionais de enfermagem, sobretudo quando esse ambiente não é controlado como ocorre nas situações de pré-hospitalar. O stresse dos enfermeiros tem origem, em parte, nas grandes expectativas de um conhecimento avançado da fisiologia de todos os sistemas orgânicos, na capacidade de observação e de avaliação física eficazes, na aptidão para definir prioridades e tomar decisões prontas e assertivas, e na perícia para utilizar equipamentos muitas vezes sofisticados. A tomada de decisão durante o processo de cuidado à pessoa em situação crítica exige sistematização, objectividade, rapidez, e uma sequência de prioridades para cada doente (Meleis, 2010).

Assim, os cuidados de enfermagem a estes doentes quer em contexto de assistência pré-hospitalar, quer em contexto de urgência, ou mesmo em contexto de cuidados intensivos, deve compreender o uso de competências relacionais a par das competências técnico-científicas, criando uma ponte entre a tecnologia e a dimensão humana do cuidar, e proporcionando assim uma individualização dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica.

O espírito de equipa e a capacidade de trabalho dentro de uma equipa multidisciplinar nos diferentes contextos perante a pessoa em situação crítica, é fundamental para garantir a estabilidade e a manutenção da vida, tornando-se um elemento essencial à prestação de cuidados médicos e de enfermagem ininterruptos e qualificados (Melo *et al*., 2014, referindo Oliveira *et al*., 2009).

No capítulo seguinte será realizada uma breve descrição do ambiente e das características estruturais e organizacionais dos locais onde decorreu o estágio, o que me permitirá contextualizar as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas enquanto enfermeira especialista com grau de mestre em EMC no último capítulo.

2. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA

A prestação de cuidados de enfermagem especializados e culturalmente adequados ao doente crítico numa perspetiva holística compreende a integração nas equipas multidisciplinares, o conhecimento da estrutura física, da dinâmica e da organização dos cuidados de enfermagem nos diferentes serviços, a metodologia adotada, e a articulação com outros serviços de saúde.

Assim, no presente capítulo, procurarei realizar uma pequena descrição dos contextos onde se desenvolveu a prática clínica, e que permitiram o meu desenvolvimento na consecução de competências especializadas.

2.1. MÓDULO I – Serviço de Urgência

Segundo o Artigo 1º do despacho normativo n.º 11/2002 do Ministério da Saúde, os SU são *"serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médica"* (p.1865). Ainda no mesmo Artigo, define-se urgência e emergência médica como *"a situação clínica de instalação súbita na qual se verifica, ou há risco de se verificar compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais"* (p.1865). Por diversas razões, e contrariando as citações anteriores, verifica-se que os SU hospitalares são atualmente a porta de entrada de uma parte significativa da população no Sistema Nacional de Saúde.

A grande afluência, assim como a *"diversidade de situações clinicas, distintos níveis de prioridade, e população predominantemente envelhecida, determinam que o serviço de urgência seja um espaço de intervenção clínica crítica, complexo, que exige profissionais qualificados, competentes e resilientes"* (Tomás, 2011, p.28).

A prestação de cuidados ao doente em contexto de urgência/emergência exige uma formação estruturada para que se desenvolvam competências específicas, abrindo

caminho para a organização das práticas de trabalho, e levando a uma ação pronta e eficiente em situações de emergência. Este contexto exige do enfermeiro intuição e sensibilidade, capacidade de inovar, de se antecipar, alicerçada a uma prática baseada na evidência.

O SU aonde decorreu o estágio constitui o nível de resposta médico-cirúrgico, articulando-se com a Urgência Polivalente de um hospital central, na necessidade de cuidados com nível de diferenciação superior conforme estabelecido pela Rede Hospitalar de Urgência/Emergência (Grupo de Trabalho das Urgências, 2006). O atendimento aos doentes que acorrem a este SU inicia-se pela triagem de prioridades, efetuada através do Sistema de Triagem de Manchester (STM) desde 2003, o que permite o apoio científico à tomada de decisão e uma melhor gestão do encaminhamento dos doentes, promovendo um atendimento mais célere e clinicamente adequado (Silva, 2009). Para além da sala de emergência e de áreas de trabalho como a área médica (constituída pela sala de tratamentos 1 e sala de macas), e a pequena cirurgia/ortopedia; o serviço possui uma unidade de rápido diagnóstico (Sala de Tratamentos 2) que corresponde a uma unidade de decisão clínica para onde transitam alguns doentes, não internados, enquanto aguardam resultados de exames complementares de diagnóstico ou observação por especialidades, como aliás era já preconizado pelo Grupo de Trabalho de Urgências (2006).

Incluída no serviço de urgência encontra-se também a Área de Observações (OBS) com vaga para 16 doentes, com monitorização disponível em 14 camas, sendo que 4 das mesmas constituem a Unidade de Dor Torácica (UDT). A UDT existe desde 1998, tendo como objetivo principal a avaliação diagnóstica do doente com dor torácica.

Este SU recebe em média 250 doentes/dia e é uma referência primária para uma população residente com cerca de 173 748 habitantes, e referência secundária para a população dos 2 concelhos vizinhos com uma população total estimada de aproximadamente 142.074 habitantes (Pordata, 2015).

Os recursos humanos deste serviço contemplam uma vasta equipa multidisciplinar, sendo que a equipa de enfermagem é composta por cerca de 70 enfermeiros, 10 dos quais com especialização em enfermagem médico-cirúrgica, divididos por cinco

equipas. Os elementos de cada equipa são distribuídos por postos de trabalho, e em períodos de maior afluência são reorganizados e mobilizados para as áreas mais críticas.

A distribuição de enfermeiros no SU não se realiza pelo rácio enfermeiro/doente, mas pelo posto de trabalho, o que vai de encontro à norma para o cálculo das dotações seguras dos cuidados de enfermagem (OE, 2014). Contudo, no mesmo documento, a Ordem dos Enfermeiros refere que a fórmula a utilizar por "Posto de Trabalho" deve ser adaptada ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, semana e mês de cada SU.

O método de trabalho utilizado neste serviço encontra-se generalizado por todas as áreas do SU e consiste na prestação de Cuidados de Enfermagem Funcionais (à tarefa).

No serviço de urgência encontra-se também em funcionamento o sistema de orientação de Vias Verdes (Coronária, AVC e Sépsis), permitindo uma intervenção atempada e especializada aos doentes acometidos por estas patologias.

2.2. MÓDULO II – Serviço Cuidados Intensivos

O Serviço de Cuidados Intensivos (SCI) onde decorreu o estágio situa-se na mesma instituição onde decorreu o estágio de SU.

É constituído por uma zona de trabalho composta por doze unidades de doentes, sendo que atualmente só oito das quais se encontram em utilização e são constituídas por camas de nível III (vulgarmente designadas de intensivas), destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais.

Sete unidades estão distribuídas numa área comum “Open Space” e separadas por cortinas. As restantes cinco são unidades de isolamento, sendo que uma das quais permite unicamente isolamento físico e tem luz direta. As restantes unidades de isolamento não têm luz direta, e permitem alteração nas pressões existentes nestes espaços (pressões positivas/neutras/negativas).

Ao nível dos recursos humanos este serviço é composto pelo diretor de serviço, médicos com a especialidade de medicina interna, de anestesia, e de pneumologia; enfermeira

chefe, enfermeiros com a especialidade em enfermagem de reabilitação e em enfermagem médico-cirúrgica, e enfermeiros generalistas.

A equipa de enfermagem encontra-se dividida em equipas de trabalho com quatro ou cinco elementos, sendo um deles o responsável da equipa, que é nomeado em cada turno por quem elabora o plano. Cabe a este elemento a tomada de decisões nos turnos de ausência da enfermeira chefe. Assim sendo, compete ao enfermeiro responsável de turno: substituir o enfermeiro chefe do SCI na sua ausência gerindo o serviço da forma mais conveniente; distribuir os doentes do plano de trabalho, tendo como objetivo a continuidade dos cuidados e tendo em atenção o grau de complexidade e de dependência; tomar as decisões mais adequadas e oportunas a cada situação assumindo inteira responsabilidade das mesmas; definir em conjunto com o médico de serviço a unidade mais adequada para a admissão de doentes; e definir em conjunto com a equipa a distribuição das admissões, colocando-as no plano trabalho.

Em caso de catástrofe ou situações excecionais, compete-lhe a responsabilidade de gerir essas situações conforme orientações do Plano de Emergência. Na escala mensal o número de enfermeiros é de 1 enfermeiro para 2 doentes e o cálculo de pessoal no serviço é realizado pelas regras em uso na instituição, ficando distribuídos 4 enfermeiros por cada turno. No turno da manhã de segunda a sexta-feira está presente uma enfermeira de reabilitação.

O método de trabalho utilizado é o método individual de trabalho, em que cada enfermeiro fica responsável por assegurar a totalidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente. Este é um método que exige muito conhecimento, responsabilidade e experiência, e permite ao enfermeiro responsável pelo doente planear, coordenar e desenvolver os cuidados de enfermagem. As vantagens decorrentes deste método são essencialmente: a individualização dos cuidados; o favorecimento da relação enfermeiro/doente (o que permite a conceção do doente sob o ponto de vista holístico); a possibilidade da continuidade dos cuidados; a fomentação da criatividade; e o aumento da responsabilidade do enfermeiro e da sua capacidade de decisão.

2.3. MÓDULO III – Assistência Pré-Hospitalar

A Assistência Pré-Hospitalar em Portugal é coordenada por um organismo do Ministério da Saúde criado na década de 80, e que é responsável por coordenar o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), de forma a garantir a assistência e a devida prestação de cuidados a sinistrados e vítimas de doença súbita (INEM, 2017).

O SIEM é constituído por um conjunto de entidades, nomeadamente: a Policia de Segurança Pública, a Guarda Nacional Republicana, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa, e os Hospitais e Centros de Saúde.

Este modelo concentrou o atendimento, é único para todo o território nacional, e assenta na existência de dois centros operacionais no continente (112 COSUL e 112 CONOR), um centro operacional na Região Autónoma da Madeira (112 COMDR) e um centro operacional na Região Autónoma dos Açores (112 COAZR); estando estes últimos interligados com o território continental, garantindo assim capacidades alternativas e de redundância entre todos os centros operacionais.

A gestão operacional do serviço 112 é da competência da Direção Nacional da Policia de Segurança Pública. No território do continente, nas situações de emergência médica, a chamada é transferida para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM.

No CODU, os meios de emergência são acionados de acordo com a situação e a proximidade dos meios ao local de ocorrência. Este Instituto dispõe de vários meios de intervenção no terreno, com diferentes tipos de diferenciação. Ao nível do Suporte Básico de Vida dispõe de Ambulâncias de Emergência Médica (AEM), tripuladas por dois Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH); e a Moto de Emergência (tripulada por um TEPH). Ao nível do Suporte Imediato de Vida, possui as Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), tripuladas por um TEPH e um enfermeiro. Ao nível do Suporte Avançado de Vida possui as Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), tripuladas por um enfermeiro e um médico; e os Helicópteros de Emergência Médica que são constituídos por tripulação semelhante.

Paralelamente são integrantes do SIEM os meios de intervenção em situações de exceção ou em acidentes graves, nomeadamente: as Viaturas de Intervenção em Catástrofe (VIC), o Hospital de Campanha, o Posto Médico Avançado, e a Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência. Importa ainda referir que é da responsabilidade do INEM o transporte secundário de doentes em estado crítico para as unidades de saúde, sendo que para o caso particular de transporte de crianças, possui um serviço específico denominado por Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP).

O módulo de estágio em contexto de assistência pré-hospitalar compreendeu 6 horas em CODU, cerca de 68h em VMER e cerca de 106 horas em ambulância SIV.

3. PERCURSO DE CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS: DA ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR À UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A realização de estágio no contexto do Mestrado em Enfermagem com Especialização em EMC tem por objetivo assegurar, a partir dos conhecimentos e aptidões adquiridas em contacto direto com o doente adulto ou idoso com doença grave e/ou em situação crítica, a aprendizagem do planeamento, da prestação, e da avaliação dos cuidados de enfermagem. No seu decurso, o enfermeiro aplica conhecimentos específicos e desenvolve as suas capacidades profissionais, transformando os conhecimentos em saberes necessários ao desenvolvimento profissional, através da incorporação de recursos que permitem a construção de competências, e do agir profissional adequado a cada situação.

Ao exercer a sua especialização, o enfermeiro procura proporcionar benefícios efetivos na saúde da população, nomeadamente no acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, e coordenados; assegurando a continuidade dos cuidados prestados, melhorando a condição dos doentes, favorecendo o seu processo de recuperação, proporcionando ganhos em saúde, e gerindo de forma eficiente os recursos.

Na abordagem ao doente adulto ou idoso com doença grave e/ou em situação crítica, este deve identificar, o mais rápido possível, os problemas do doente, tendo competências para *"prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuem para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhe os efeitos indesejáveis*" (OE, 2011, p.5). Para além disso, o enfermeiro especialista em EMC deve apresentar rigor técnico/científico na implementação das suas intervenções, e referenciar para outros profissionais da equipa multidisciplinar ou outros enfermeiros, de acordo com a sua área de intervenção, sempre que necessário.

É também sua função supervisionar as atividades de enfermagem que delega; assumir a responsabilidade pelas decisões que toma e/ou pelos atos que pratica; prestar cuidados

técnicos de alta complexidade; implementar de forma apropriada medidas de Suporte Avançado de Vida (SAV), e gerir adequadamente protocolos terapêuticos complexos (OE, 2011).

A avaliação diagnóstica e a monitorização constantes são ações de importância máxima no cuidado do doente adulto ou idoso com doença grave e/ou em situação crítica, constituindo também esta uma das competências do enfermeiro especialista em EMC.

A organização da *"resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação"* compreendem as duas outras competências do enfermeiro especialista em EMC (OE,2011, p.8656).

Estas competências foram definidas pela OE, de acordo com as recomendações do International Council of Nurses (ICN), e apresentam um elevado nível de exigência, abrangendo os domínios da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; da Melhoria Contínua da Qualidade; da Gestão de Cuidados; e do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (OE, 2010a).

No sentido de evidenciar o meu próprio desempenho e evolução durante este período, serão explanados ao longo deste capítulo os objetivos traçados (a negrito), e as atividades desenvolvidas para os atingir (de acordo com os domínios de competências do enfermeiro especialista); assim como serão relatadas as experiências vivenciadas em cada módulo de estágio. Irei também apresentar algumas oportunidades de melhoria identificadas, e as medidas estratégicas propostas ou realizadas para a sua resolução. Esta análise finaliza-se com a enumeração das competências desenvolvidas neste meu percurso rumo à especialização em EMC.

3.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Uma prática competente é caracterizada por padrões éticos, morais e legais, que resultam de conhecimentos, capacidades e habilidades que se desenvolvem através da experiência profissional e da formação, e que convergem para a gestão e qualidade dos cuidados prestados (Vieira, 2017 referindo Nunes, 2013).

Atualmente a prática profissional de enfermagem fundamenta-se num conjunto de valores éticos, que surgem da junção de várias fontes, nomeadamente: da própria prática profissional (princípio da Beneficência e da Não Maleficência), da tradição jurídica (princípio da Autonomia), e da política (princípio da Justiça) (Cabral, 2014). A prática profissional que respeite os campos ético e deontológico deve ser exercida por todos os enfermeiros, visando que todos os nossos cuidados respeitem os princípios básicos.

Esta visão de prática competente encontra-se de acordo com o perfil de competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, regulamentado pela Ordem dos Enfermeiros, e que refere que no exercício profissional especializado as competências estão inerentes a uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados, tendo como suporte efetivo a formação, a investigação e a assessoria (OE, 2010a).

Desde a formação base e ao longo do percurso profissional de cada um, a prática de cuidados regula-se pelo código deontológico, pelo regulamento do exercício profissional (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril), pelo perfil de competências, e pelos referenciais de qualidade; contudo, é enquanto enfermeiro especialista que estes regulamentos mais se evidenciam (Vieira, 2017).

A excelência atinge-se quando os cuidados prestados assentam nos padrões de qualidade definidos, sendo que o saber, o reconhecimento, e a implementação do código deontológico do enfermeiro, é essencial para uma prática de excelência, não só por ser uma imposição legal, mas sobretudo pela sua importância na salvaguarda do respeito pela dignidade humana (Oliveira, 2013).

A prestação de cuidados de saúde seguros, individualizados e de qualidade, assentes em pressupostos éticos, e que respeitem os direitos humanos, só é possível por profissionais que invistam num desenvolvimento profissional assente em válidos e sólidos padrões de conhecimento.

A dignidade da pessoa humana e o direito à vida (consagrado no artigo 24.º da Constituição da República Portuguesa) são valores incontestáveis, sendo que a primeira é a portadora da valorização de todos os direitos fundamentais, inclusive da vida, estando estreitamente ligada aos conceitos de autonomia e de vontade da pessoa

(Oliveira, 2013). O enfermeiro, no respeito do direito à vida assume o dever de atribuir a esta igual valor, respeitar a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa, bem como de participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a sua qualidade (Lei n.º 156/2015, p.8102).

Pretendendo o desenvolvimento contínuo neste domínio, principalmente neste momento de especialização, tracei como objetivo: **desenvolver uma prática profissional e ética no campo de intervenção do Enfermeiro Especialista em EMC.**

Durante a prestação de cuidados durante o estágio, assim como na minha prática profissional diária, procurei em todos os momentos defender a liberdade e a dignidade da pessoa humana, respeitando os deveres deontológicos intrínsecos à profissão, e responsabilizando-me sempre pelos atos praticados quer individualmente, quer em conjunto com a equipa multidisciplinar. A obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido, relativo a procedimentos médicos e/ou de enfermagem faz também parte da minha prática diária, pelo que durante o estágio mantive a minha postura. Considero que em momento algum o consentimento da pessoa deve ser ignorado (excepto nas situações específicas de exceção à obtenção do consentimento) (DGS, 2015), estando este inerente ao direito da autonomia e da autodeterminação.

O ordenamento jurídico português confere uma ampla tutela ao direito relativa à autodeterminação da pessoa humana, quer no plano do direito constitucional, quer no plano do direito penal, civil, e da legislação própria do direito da saúde. A Convenção Europeia dos Direitos do Homem e da Biomedicina (do Conselho da Europa) foi ratificada por Portugal, sendo um dos seus princípios fundamentais o consentimento informado livre e esclarecido.

Segundo Deodato, o consentimento para os cuidados de saúde encontra-se regulado por duas leis: "A Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (…) e o Código Penal, nos seus artigos 150º, 156º e 157º" (Deodato, 2017, p.203).

Machado & Mogo (2015) referem que o consentimento só pode ser considerado informado livre e esclarecido, após a adequada exposição pelo profissional de saúde sobre as opções de tratamento, a natureza da intervenção, suas vantagens e desvantagens, assim como das alternativas aos seus riscos e benefícios. O consentimento informado livre e esclarecido em saúde, tem por isso um papel fulcral

para a tomada de decisão de cada indivíduo enquanto pessoa autónoma e dotada de dignidade, surgindo assim no código penal uma moldura que criminaliza as práticas de cuidados de saúde que não são consentidas. Este pode ser dado de forma verbal ou escrita, sendo esta última a mais recomendável, para que de futuro não possam surgir dúvidas quanto à sua obtenção e nível de informação prestada.

As exceções ao dever de obter o consentimento existem e encontram-se bem definidas no Código Penal (Decreto Lei nº 48/1995) e no Código Civil Português (Decreto Lei nº 47344/1966): ficando reservadas às situações em que o doente se encontra incapaz de dar o consentimento (sendo que as decisões em saúde são tomadas de acordo com a vontade que este provavelmente manifestaria caso tivesse discernimento para o dar - consentimento presumido); às situações de privilégio terapêutico; às situações de urgência; e às situações de recusa de consentimento pelos representantes legais.

A reflexão sobre esta temática após a vivência de um evento crítico no módulo de estágio de Cuidados Intensivos, permitiu-me consolidar que o consentimento informado é mais do que informar o doente/família, é no fundo, validar se a informação e esclarecimentos prestados foram assimilados, promovendo assim a autonomia e a autodeterminação na tomada de decisão. Nas situações em que os doentes apresentam alteração da consciência, e na impossibilidade de estabelecimento de comunicação, deve-se sobrepor o princípio da beneficência e da não-maleficência, considerando-se sempre o bem maior para o doente.

O Código Deontológico do Enfermeiro, salvaguardado pela Lei n.º 156/2015, como instrumento legal e vinculativo de todos os profissionais assente em princípios éticos, deontológicos e bioéticos, é impreterível no que concerne à responsabilidade profissional. Para nos constituirmos enquanto profissionais de referência, que procuram a excelência do cuidar, é essencial o investimento na praxis de enfermagem, sendo o desenvolvimento de conhecimento e o desenvolvimento de competências parte da responsabilidade profissional que nos assiste.

Durante a prática de cuidados procurei demonstrar a minha responsabilidade profissional, garantindo a segurança em todas as intervenções realizadas, informando o doente e familiares acerca dos cuidados a prestar, atendendo com responsabilidade a todos os pedidos de informação, solicitando apoio e o esclarecendo dúvidas quando

identificava limitações nos meus conhecimentos ou nas minhas competências, e sendo sempre assertiva, assídua e pontual.

Considero que o enfermeiro no exercício da sua prática profissional deve esforçar-se por manter uma conduta e uma postura profissional e ética, procurando sempre zelar pelos direitos legalmente protegidos dos cidadãos (Lei nº156/2015).

É uma formação ética e deontológica sustentada que nos permite compreender os desígnios inerentes à questão da privacidade e da confidencialidade, e nos leva a prestar cuidados de saúde respeitando a dignidade da pessoa humana. Segundo Soares e Dall´Agnol (2011), o respeito pela privacidade das informações do doente depende do esforço e da dedicação consciente dos profissionais envolvidos no processo de cuidar. Assim, durante o estágio realizado, procurei sensibilizar para a importância da questão da privacidade do doente, especialmente nas situações de transmissão de informação oral entre profissionais de saúde, defendendo o sigilo e o respeito pela intimidade do doente e família.

No estágio de urgência, apesar da frequente sobrelotação das diferentes áreas de prestação de cuidados causada pelo elevado afluxo de doentes, e da necessidade de rapidez na execução de algumas intervenções; foi sempre parte da minha prioridade garantir a privacidade dos doentes durante a prática.

A vulnerabilidade do doente em situação crítica exige dos profissionais uma preocupação acrescida na manutenção da sua dignidade durante a prestação de cuidados; fazendo parte da responsabilidade profissional e do desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista, a integração da capacidade critico-reflexiva (reflexão na ação e sobre a ação), que nos permite atuar perante dilemas éticos, inquietações, ou outros comportamentos que surjam durante a prática.

Através do desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva pude promover a tomada de decisão em enfermagem, facilitando a identificação das necessidades do doente e família, e identificando as medidas adequadas a serem adotadas para atendê-las.

A assistência pré-hospitalar, pelo seu contexto de grande imprevisibilidade e em ambiente não controlado, proporciona a que os profissionais se deparem frequentemente com dilemas éticos que exigem uma tomada de decisão rápida e refletida. Cabe a estes

profissionais, todos os dias, trabalharem com o objetivo de garantir o bem maior para os doentes que assistem, sendo que muitas das vezes, estes não se encontram capazes de exprimir a sua vontade, dificultando a garantia do principio da autonomia.

De acordo com o Código Deontológico (Lei nº 156/2015, p.8079) *"O enfermeiro no respeito do direito da pessoa à vida, durante todo o ciclo vital, assume o dever de: (...) participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida; recusar a participação em qualquer forma de (...) tratamento cruel, desumano ou degradante"*. E é aqui que se levanta uma das mais complexas questões no âmbito da emergência pré-hospitalar – a assistência aos doentes terminais.

O código deontológico diz-nos que "o e*nfermeiro ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de: defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal (...) respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas"* (Lei nº 156/2015, p. 8080). Nesse sentido, e no caso específico do socorro às vítimas de paragem cardiorrespiratória pelos meios SIV, o protocolo instituído comtempla o início imediato de manobras de suporte imediato de vida, independente do historial clinico do doente a menos que este manifeste sinais de morte evidente (decapitação, hemicorporectomia, carbonização ou corpo em putrefação), como se encontra instituído nos protocolos, pelo Departamento de Emergência Médica (INEM, 2013).

A vivência destas situações durante o estágio, e a reflexão conjunta com os enfermeiros e outros profissionais das equipas que tive a oportunidade de integrar, permitiu-me desenvolver uma consciência crítica, para a qual as aulas de Direito da Saúde muito contribuíram.

Os protocolos de atuação, assim como os regulamentos de qualquer instituição, não se podem sobrepor a uma Lei; e é nesse sentido que profissionais com pensamento crítico e consciência ética podem fazer a diferença, encontrando formas de contornar os protocolos e justificando a decisão de não reanimar, quando esta não se encontra de acordo com a *legis artis*. Refiro-me, por exemplo, a doentes em final de vida que deviam ser paliados e não sujeitos a medidas desprovidas de sentido (Campbel, 2009), a vítimas de PCR sem suporte básico de vida durante longos períodos até à chegada de

assistência, e a outras situações que possam resultar em obstinação terapêutica, e que vão contra aquele que é o conhecimento atual (European Resuscitation Council, 2010).

O conhecimento da proteção legal poderá auxiliar-nos na tomada de decisão pelo não cumprimento estrito dos protocolos, quando assim se justifica. Contudo, é necessária uma reflexão sobre a tomada de decisão ético-legal, que promova a humanização dos cuidados, cumprindo com as responsabilidades éticas e sociais inerentes à profissão.

Foi possível observar que um dos principais desafios dos profissionais de saúde a exercer neste contexto prende-se com o encontrar de um equilíbrio entre o princípio da beneficência e não-maleficência, sem descurar o princípio da justiça.

Concluo, que se torna fundamental que os enfermeiros se mantenham atualizados e produzam/colaborem com o desenvolvimento de novos conhecimentos, mantendo-se críticos na sua prática profissional, pois só assim conseguiremos melhorar a qualidade dos cuidados de saúde que são prestados aos doentes. Os enfermeiros especialistas devem procurar fazer a diferença no seio das equipas onde estão integrados, fundamentando a sua prática na evidência científica, fomentando a formação de pares, desenvolvendo projetos de melhoria contínua, e estimulando os restantes profissionais a integrarem esse processo.

A consecução e o contributo destas reflexões/ atividades durante o período de estágio permitiram o cumprimento do objetivo a que me propus, e ao desenvolvimento das seguintes competências:

- Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada;
- Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas;
- Promove a proteção dos direitos humanos;
- Gere na equipa, de forma apropriada, as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do doente.

3.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Á melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem encontra-se inerente a qualidade em saúde. Segundo a Direção Geral de Saúde (2015b, p.16) referindo Saturno et al. (1990), a qualidade em saúde define-se como a *"prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão"*, englobando também a adequação dos recursos existentes às necessidades e expectativas dos doentes, visando um desempenho óptimo. E no fundo, é também isto que se pretende na prática de enfermagem: a prestação de cuidados atempadados, eficientes, e seguros, que vão de encontro às expectativas dos doentes, família e da própria sociedade.

Ao longo dos últimos anos, as instituições de saúde procuraram desenvolver projectos que lhes permitissem atingir indicadores de qualidade dos cuidados, que lhes garantisse a obtenção da certificação da qualidade, tão importante para os doentes que procuram as instituições de saúde tanto públicas como privadas, e as instituições aonde decorreu o estágio, não foram exceção.

O hospital onde desenvolvi os módulos de estágio de Serviço de Urgência e Cuidados Intensivos, encontra-se certificado pela Norma ISSO 9001:2015 na globalidade dos seus serviços; e integra o programa nacional "STOP Infeção Hospitalar" que é desenvolvido na instituição pela Comissão de Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA), e que tem como principal objetivo a redução da incidência das infeções hospitalares em 50% no período de três anos.

A instituição onde foi realizado o estágio opcional, tornou-se a primeira entidade certificada em Portugal de acordo com o Manual de Acreditação de Unidades de Urgência e Emergência, em fevereiro de 2018 (INEM, 2018). Esta certificação seguiu o modelo adotado pelo Ministério da Saúde Português para a acreditação de acordo com o Manual de Standards de Unidades de Urgência e Emergência, estruturado em cinco pilares básicos: o cidadão como centro do sistema de saúde, a organização da atividade centrada na pessoa, os profissionais, os processos de suporte, e os resultados.

Para além da certificação da qualidade, estas instituições procuram também integrar os objetivos definidos no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (despacho n.º 1400-A/2015), que através da sua implementação ambiciona melhorar de

forma integrada a cultura de segurança em todos os níveis, nomeadamente: cirúrgica, do ambiente interno, da comunicação, da utilização da medicação, da identificação inequívoca dos doentes; englobando também a prevenção de ocorrência de quedas e de úlceras de pressão, e apostando numa política de notificação, análise e prevenção de erros, assim como de prevenção e controle de infeções e resistências aos antimicrobianos.

O controle da qualidade da prática de cuidados realiza-se através de monitorizações sistematizadas, utilizando-se indicadores capazes de realizar comparações internas e externas, e que sejam capazes de explanar a sua evolução ao longo do tempo (Tareco, 2015).

Se procurarmos na literatura, verificamos que os indicadores de qualidade utilizados actualmente para a monitorização dos cuidados de enfermagem ainda se mantém os mesmos propostos por Avenis Donabedium (e desenvolvidos ao longo dos anos 60), reconhecendo-se três dimensões nos cuidados: a estrutura, o processo e os resultados (Caldana *et al*., 2013).

Costa-Dias (2014, p.40) referindo Donabedian (2003) concorda que *"a garantia da qualidade visa todas as ações tomadas para estabelecer, proteger, promover e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde"*, não deixando de referir a importância que a realização da avaliação de satisfação dos doente tem para as instituições, no sentido em que permite detetar e corrigir eventuais situações-problema que possam estar a comprometer a qualidade dos cuidados.

Não raras vezes, são as características do prestador de cuidados, do serviço, ou da organização que marcam os doentes, pela positiva ou pela negativa (Oliveira, 2016). Portanto, às nossas práticas é legítimo integrarmos empatia, uma comunicação assertiva, e a individualização dos cuidados, contribuindo para a persecução de melhores índices de satisfação por parte dos doentes. O estudo "Satisfação dos Utentes com a Experiência Hospitalar", veio demonstrar que apesar de todos os problemas que ultrapassamos actualmente na área da saúde (recursos insuficientes, encerramento de camas, exaustão dos profissionais, entre outros), os doentes encontram-se na sua globalidade muito satisfeitos com os cuidados que lhes são prestados a nível hospitalar.

No que diz respeito aos indicadores de estrutura, considerando os recursos humanos, físicos e materiais; foi-me possível verificar durante o estágio que a gestão dos mesmos é fundamental, já que estes podem influenciar a qualidade e a segurança da prática de cuidados, motivo pelo qual se torna premente o conhecimento da legislação, e a implementação de medidas de gestão de recursos no seio das instituições de saúde.

As auditorias são também importantes momentos de melhoria, no sentido em que asseguram a qualidade dos serviços oferecidos e prestados pelas instituições, e aprimoram os procedimentos técnicos, administrativos, e éticos dos profissionais de saúde.

Um dos objetivos traçados neste domínio consistia em: **promover a Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados prestados na área da EMC nos diferentes contextos de estágio.**

A qualidade não deve ser vista como uma obrigação, mas sim como um dever e um direito para com os doentes, pois fomenta a valorização dos cuidados prestados e consequentemente a profissão de enfermagem. Esta é indubitavelmente influenciada pela formação profissional, pelo que o enfermeiro especialista em EMC assume-se como uma mais-valia na implementação de cuidados de qualidade.

O desenvolvimento da qualidade da prática de enfermagem no cuidado ao doente crítico compreende o acompanhamento dos progressos científicos e tecnológicos, assim como o desenvolvimento do juízo crítico-reflexivo, a incorporação da ética, da solidariedade, do respeito, e da justiça em todo o processo. A prática baseada na evidência fundamenta as opções terapêuticas, evidenciando o profissional, e garantindo ao doente o acesso a cuidados de qualidade (Vieira, 2017).

No decurso do estágio procurei sempre respeitar e promover junto dos meus pares os objetivos estratégicos englobados no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, nomeadamente: aplicando os princípios de garantia da segurança na utilização da medicação (no SCI colaborei na sinalização da medicação LASA - nome semelhante, aspeto semelhante); procurando atender à identificação inequívoca dos doentes; garantindo uma comunicação segura e eficiente com os doentes, equipa multidisciplinar, e na execução de registos clinicos; adotando medidas de prevenção e

controle da dor e da infeção; e monitorizando o risco de queda e de úlcera de pressão (dois dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem).

Segundo a DGS (2011), cerca de 95% das úlceras de pressão podem ser prevenidas através da avaliação do grau de risco, e do planeamento e implementação de um conjunto de intervenções de enfermagem adequadas ao grau de risco encontrado. No estágio em SCI e SU, a Escala de Braden foi o instrumento utilizado para a avaliação do risco de úlcera de pressão, tendo as intervenções sido planeadas de forma a melhorar os outcomes dos doentes, evitando a ocorrência de úlceras de pressão (que comprometessem o conforto e prolongassem o tempo de internamento dos doentes, elevando os custos para as instituições, e evidenciando uma falha na qualidade dos cuidados prestados.

As quedas, como outro indicador de qualidade nos serviços anteriormente mencionados, constituem um importante problema de saúde pública e impõe a adopção e a gestão de medidas promotoras de ambientes seguros e de normas que visem a sua prevenção (Vieira, 2017). A ocorrência de uma queda com lesão, dentro de uma instituição de saúde, sem uma avaliação prévia desse risco no doente, constitui um défice de segurança comprometendo a política de qualidade da instituição. A monitorização do risco (através da Escala de Quedas de Morse), e a implementação de medidas preventivas direccionadas ao doente, contribuem para diminuir as consequências e controlar o fenómeno (Costa-Dias, 2014).

No estágio de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência, realizei a avaliação do risco de queda em doentes com atividade motora (não podendo esta ser utilizada em doentes em coma, sedados, ou sem atividade motora, pela incapacidade que estes apresentam em cair), estabelecendo um plano de cuidados individualizado e que garantisse a segurança dos mesmos.

Ainda no decorrer do período de estágio senti necessidade de consultar normas, protocolos e guidelines vigentes nos diferentes serviços, com o intuito de integrar as práticas e de forma a garantir a gestão e a eficiência dos cuidados prestados, minimizando os erros e salvaguardando a segurança e a qualidade. A utilização destas normas e protocolos visa a padronização dos cuidados, facilita a integração de novas

tecnologias e inovação no cuidar, assim como a racionalização dos recursos, a partilha do conhecimento, e a coordenação do cuidado (Pimenta *et.al.,* 2014).

Em contexto de SU, a implementação de vias-verdes veio permitir um avanço na melhoria da qualidade da assistência a doentes com situações clinicas especificas (AVC, doença coronária e sépsis), permitindo o encaminhamento, tratamento adequado e em tempo útil; promovendo a diminuição da taxa de complicações, e da mortalidade que lhes está associada. As vias-verdes constituem um dos melhores exemplos de como a existência de protocolos de atuação poderá condicionar ganhos em efectivos em saúde (Vieira, 2017).

No SCI constatei que a prática de enfermagem é regida pelos protocolos da instituição no que concerne à prevenção e controlo da infeção e à qualidade dos cuidados, sendo que alguns procedimentos mais específicos são protocolados internamente pelo serviço.

Intrínseco à padronização dos cuidados, as metodologias de trabalho constituem um fator relevante de qualidade, correlacionando-se com uma adequada gestão dos cuidados a prestar ao longo dos turnos. Verifiquei que em contexto de SU, o método de trabalho funcional, à tarefa, era o elegido em resultado da elevada carga de trabalho decorrente da elevada afluência de doentes neste serviço. Utilizando este método não é potenciado o trabalho de natureza analítica e interpretativa, e é neste sentido que este modelo de organização de trabalho não é gerador de condições que tornem pertinentes novas competências. A distribuição da tarefa pode não considerar a situação clínica do doente, nem a experiência ou a capacidade do enfermeiro em realizá-las, pelo que se torna impossível a atribuição de responsabilidades (a título de exemplo: na ocorrência de erros e na omissão de cuidados), uma vez que o nível de imputabilidade é extremamente baixo.

Durante o estágio foi fomentada a reflexão e a sensibilização da equipa no que concerne à implementação do método individual de trabalho, à semelhança do que acontece no SCI, expondo-se que a adoção desta metodologia em detrimento do método à tarefa, favorece a relação enfermeiro/doente, facilita a implementação do processo de enfermagem, melhora a qualidade dos registos, o que se traduz em maior segurança nos cuidados prestados, e maior satisfação dos doentes e profissionais. Para além disso, foi

também analisada a dotação de enfermeiros neste serviço, perspetivando-se compreender se a atual dotação poderia por em causa a qualidade dos cuidados prestados e a segurança dos doentes (Apêndice IV).

No seguimento da melhoria contínua, foi realizada uma análise *SWOT* do SU que me permitiu identificar as forças, as fraquezas, as oportunidades de melhoria, e as ameaças existentes. Constatei que algumas das forças do SU prendem-se com as características da própria equipa, com a formação em serviço, e com a informatização dos processos dos doentes. Em contrapartida, as fraquezas relacionavam-se com a limitação de recursos humanos, materiais e de espaço, com a imprevisibilidade caraterística dos serviços de urgência, com o elevado *turnover* (rotatividade de profissionais dentro da instituição), e com a necessidade frequente de integração dos novos profissionais. No que diz respeito às oportunidades de melhoria, concluí que a prioridade se deveria centrar na continuidade das metas estipuladas pelo programa de acreditação implementado, na identificação de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem, na implementação de um novo método de trabalho, e na integração dos enfermeiros do SU nas diferentes comissões hospitalares. As ameaças, como esperado, prendem-se com as altas tardias do SU para o domicílio e/ou serviço de internamento, e com o aumento da afluência de doentes que recorre a este serviço. Este documento foi apresentado e discutido com o enfermeiro chefe do serviço e com os enfermeiros tutores, permitindo-me sensibilizá-los para o processo de melhoria contínua.

Num contexto como a assistência pré-hospitalar, onde as equipas são formadas por dois profissionais com diferentes graus de competência, a metodologia de trabalho mais adequada é a metodologia em equipa, onde um dos quais assume a liderança (o *team leader*). É fundamental que estes dois profissionais tenham perfeita consciência das suas funções e do seu papel na equipa, colaborando para uma tomada de decisão partilhada, com vista à obtenção dos melhores resultados.

Como anteriormente referido, a eficiência da comunicação é também um dos objetivos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. As mudanças de turno, as transferências, e as altas clinicas são momentos cruciais para a continuidade de cuidados aos doentes, sendo que a utilização de procedimentos padronizados são fundamentais para a garantir a segurança da informação durante a transferência de responsabilidades.

A realização de uma passagem de turno efetiva, a elaboração da carta de alta, e a correta realização de registos de enfermagem, são condutas que concorrem para a continuidade da qualidade dos cuidados prestados (Vieira, 2017).

Tendo verificado que no SCI a passagem de turno não obedecia a nenhum critério específico, e pretendendo a normalização deste procedimento, foi elaborada uma folha devidamente estruturada na qual é possível reunir a informação importante a ser transmitida em todos os momentos de passagem de turno. Com o objetivo de minimizar o risco de perda de informação importante relativa ao doente, a sua realização seguiu a metodologia ABCDE, tendo ainda um campo destinado à alimentação, aos alertas, e ao plano de cuidados sumário estabelecido (Apêndice I). A folha encontra-se neste momento em processo de implementação no serviço, após a aprovação de toda a equipa de enfermagem e permitirá sistematizar o processo de passagem de informação relativa ao doente, garantir a transmissão da informação essencial, e evitar a duplicação de informação nos diferentes momentos (neste serviço é realizado um briefing inicial sobre todos os doentes para toda a equipa, sendo que a passagem de turno é feita entre o enfermeiro responsável o e o enfermeiro que ficará responsável por determinado doente, num segundo momento). Por último, a sua implementação permitirá também economizar tempo essencial para a prestação de cuidados.

A criação de sistemas de informação teve origem na necessidade de prestação de cuidados seguros e fidedignos, assentes num modelo de informação que permitisse aos profissionais de saúde o acesso controlado ao histórico do doente, independentemente do local de prestação de cuidados. Este projeto, ao permitir uma gestão da informação produzida, contribui para uma prática clinica competente (Azevedo e Sousa, 2012). Segundo os mesmos autores, Portugal é um dos países da União Europeia que mais utiliza os sistemas de informação electrónicos, verificando-se uma eficiente utilização dos mesmos na implementação do processo de enfermagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Nos contextos de estágio que integrei, verifiquei que a existência de diferentes plataformas de informação de enfermagem de uso exclusivo das instituições, permite o acesso a informação permanentemente atualizada, facilitando o planeamento e a execução dos cuidados de enfermagem. O processo clinico electrónico veio assim

incrementar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes, fomentando a individualização e a continuidade dos cuidados. A efetivação do processo de enfermagem segundo a terminologia padronizada CIPE foi adoptada no SCI e no SU (na área de OBS, e quando a permanência dos doentes neste serviço ultrapassa as 48 horas).

Em pré-hospitalar, os registos manuais e/ ou informáticos seguem a metodologia ABCDE, o que permite a identificação precoce de sinais de gravidade e /ou instabilidade nos doentes.

Um outro elemento que contribui para a melhoria contínua dos serviços de saúde é a formação em serviço. Segundo Rego (2015, p.44) referindo Menoita (2011), a formação em serviço *"ganha uma nova dimensão formativa não só porque permite uma interação entre todos os atores do sistema, como também com o próprio contexto de trabalho, podendo induzir transformações individuais, coletivas e sistémicas, numa perspetiva de ecotransformação de todos os elementos construtivos do sistema"*. Assim, e por considerar fulcral o envolvimento de todos os enfermeiros na consciencialização e no reconhecimento da necessidade de mais e melhor conhecimento na área da saúde, e sendo a formação em serviço potenciadora deste conhecimento, procurou-se promovê-la no decurso das práticas clínicas.

Após a consulta de alguns protocolos de atuação preconizados para a assistência pré-hospitalar, identifiquei algumas oportunidades de melhoria e decidi realizar uma formação em serviço relativa à abordagem do doente queimado em contexto de assistência pré-hospitalar. O doente queimado constitui, neste momento, o meu âmbito de prestação de cuidados enquanto enfermeira, e ao verificar que os protocolos vigentes apresentavam alguns deficits no que diz respeito ao controlo da dor e ao controlo da infeção nestes doentes, optei por investigar e desenvolver um trabalho que servisse de suporte teórico à formação planeada. Consultei bibliografia recente, e tive em consideração as recomendações emanadas pela DGS em julho de 2017 relativas à assistência pré e intra-hospitalar do doente queimado. A realização da formação em serviço possibilitou-me promover a discussão entre pares abordando o atual protocolo instituído nestes meios, apresentar e debater as mais recentes recomendações, e sensibilizar para dois pontos essenciais: o eficiente controle da dor, e o eficiente

controle da infeção nestes doentes. No final da apresentação foi realizada uma breve apresentação da Unidade aonde exerço funções e dos cuidados que lá são prestados, assim como foi focada a importância de se garantir a preservação da informação desde o local do acidente até ao local aonde serão prestados os cuidados definitivos. A pesquisa da hora do acidente, das circunstâncias e mecanismo de queimadura, do cenário encontrado, os relatos ouvidos, e a terapêutica e a soroterapia instituídas durante o transporte são elementos muito importantes para os profissionais que recebem estes doentes e estabelecem o plano de cuidados (Apêndice II).

A formação realizada contou com a presença de três equipas diferentes a exercer em SIV na região do grande Porto, tendo havido a possibilidade de a realizar posteriormente a uma equipa a exercer no interior Norte do país, proporcionando também uma visita à Unidade onde exerço funções.

Estas formações constituíram importantes momentos de partilha, e culminaram com a certeza de que o protocolo de abordagem ao doente queimado em meios SIV seria atualizado, sendo revistos aspetos relativos à analgesia (com a incorporação de novos fármacos), controle de infeção (com a incorporação de equipamento de proteção individual), e instituídos processos de auditoria interna ao cumprimento do mesmo.

No estágio no SU, não tendo sido possível a realização de formação em serviço por motivos organizacionais, num período em que a afluência de doentes ao serviço foi intensa; a formação aos profissionais não ocorreu num momento exclusivo, mas foi acontecendo ao longo do tempo, numa reflexão conjunta sobre as práticas.

A problemática da violência em Portugal, à semelhança de outros países europeus, tem sido um tema cada vez mais atual na sociedade em que vivemos. A violência doméstica, a violência infantil, a violência contra idosos, os assaltos à mão armada, entre outros, são temas noticiados diariamente nos meios de comunicação social. As vítimas conhecidas (porque existe uma elevada percentagem que se desconhece), entram muitas vezes no Serviço Nacional de Saúde pelas portas dos SU, o que me levou a questionar se estes serviços possuem condições para uma correta abordagem às vítimas, não só proporcionando o tratamento das diferentes lesões que possam existir, como também proporcionando uma correta identificação, recolha e preservação de eventuais vestígios que possam resultar em prova judicial. Após verificar que no SU aonde decorreu o

estágio não existia uma norma/ protocolo que orientasse os enfermeiros deste serviço na correta Recolha e Preservação de Vestígios Forenses em pessoas vitimas de violência que recorrem ao SU, decidi elaborar um trabalho que me permitisse abordar a pertinência de desenvolverem conhecimentos e competências nesta temática, sensibilizando-os para os principais cuidados a seguir nestas situações, assim como para a importância que o seu contributo pode ter para a investigação policial (Apêndice III).

A impossibilidade de realização da formação em serviço durante o período efetivo de estágio, tornou difícil a sensibilização de todos os profissionais do SU para esta temática pelo que, sempre que possível, tentei realizá-la nas equipas que integrei, tendo-me disponibilizado para a realizar quando fosse mais conveniente ao serviço. Foi também apresentada uma proposta de norma de procedimento intitulada "Recolha e Preservação de Vestígios Forenses", que pretendia a normalização do procedimento neste serviço. Até ao momento, esta norma encontra-se em fase de aprovação pela chefia do serviço, esperando-se que num futuro próximo passe à fase de implementação. A par desta proposta, foi ainda realizado um póster para colocação na sala de emergência, onde se encontra sistematizado todo o procedimento, e que pretende manter o interesse e a curiosidade destes profissionais, e proporcionar uma consulta mais fácil em contexto de sala de emergência

Não tendo descurado a atenção às famílias durante este meu percurso, pude constatar que estas são afetadas como um todo quando um ou mais dos seus membros experienciam problemas de saúde. Em serviços com pessoas em situação crítica, como o SU, os cuidados de enfermagem continuam a ser vistos como um conjunto de procedimentos técnicos complexos, onde a presença da finitude da vida é uma constante, o que gera ansiedade tanto no doente e família, como nos enfermeiros que aí desempenham funções (Sá *et al*., 2015, referindo Benner *et al*., 2011).

Pude verificar ao longo do estágio que a família do doente apresenta frequentemente ansiedade extrema, incertezas profundas, e instabilidade emocional. Wright & Leahey (2013) referem que a mudança num dos membros do sistema familiar, através do impacto da doença, produz modificações nos outros membros da família, pelo que recorrer ao SU com um familiar poderá ser uma das situações mais stressantes vivenciadas por esta, exigindo-lhes a mobilização de recursos até à data incógnitos.

Com vista à compreensão da gestão emocional do doente e da família pela equipa multidisciplinar em contexto de SU, procurei ao longo da minha prática centrar a minha observação no acolhimento à família e acompanhar os familiares aquando das visitas. Nesse sentido, verifiquei que a transmissão de informação não relacionada com o estado clínico do familiar não era devidamente apreendida pelas famílias neste contexto. Senti muitas vezes necessidade de partilhar informação de forma escrita, de modo a garantir que estes levavam a informação que não tinham capacidade de integrar naquele momento. Detetando que não existia no serviço nenhum documento com informações para os doentes e familiares no SU, desenvolvi dois panfletos: um Guia de Acolhimento ao SU para Doentes e Familiares (Apêndice V) e um Guia de Acolhimento à Família do Doente Internado em OBS (Apêndice VI), onde constam informações úteis sobre o serviço.

Ainda dentro deste domínio, foi traçado um outro objetivo, sendo ele o de: **criar e manter um ambiente terapêutico e seguro, maximizando a intervenção na prevenção e controle da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.**

Com a criação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º1400-A/2015), pretendeu-se promover a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, para benefício dos doentes utilizadores do sistema nacional de saúde e dos seus profissionais. Contudo, a sua implementação e monitorização é da responsabilidade da comissão de qualidade e segurança de cada instituição (Despacho n.º 3635/2013), sendo esta também responsável por assegurar a implementação e o acompanhamento das ações identificadas no plano, o seu cumprimento, e assegurar a boa gestão dos recursos envolvidos. Aos profissionais prestadores diretos de cuidados de saúde, particularmente os enfermeiros, compete assegurar o cumprimento das ações estabelecidas nos planos de ação de cada unidade de saúde.

Como referido anteriormente, um dos objetivos estratégicos deste plano é a Prevenção e Controle das Resistências aos Antimicrobianos, e da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS). As IACS são um problema globalizado e um dos maiores riscos a que os doentes estão sujeitos ao serem hospitalizados. Estas acarretam um acréscimo na morbilidade, mortalidade e custos, sendo um indicador de qualidade dos cuidados de

saúde. A sua prevenção baseia-se na implementação de uma estratégia de boas práticas e da sua monitorização. Têm como pontos fundamentais: a higiene das mãos, minimizar a disseminação de microrganismos (precauções de isolamento), prevenir a infeção associada a procedimentos invasivos, minimizar a multirresistência (uso racional de antibióticos), e a vigilância e implementação de programas de prevenção das IACS (Dias, 2010).

No SCI existe já enraizada em todos os profissionais uma metodologia de trabalho que tem em atenção o controle e a prevenção das IACS. Este serviço tem já implementadas as mais recentes guidelines relativas à prevenção da pneumonia associada à ventilação, da infeção urinária associada a cateter vesical, da infeção relacionada com o cateter venoso central, e da prevenção da infeção do local cirúrgico. Para além disso, estes procedimentos são auditados internamente, por todos os profissionais, o que possibilita a compreensão da importância do procedimento e a estimulação dos mesmos para a melhoria contínua da qualidade. Trimestralmente, os resultados das auditorias são apresentados à equipa, constituindo importantes momentos de reflexão sobre a prática.

No SU, à semelhança dos profissionais que lá exercem, pude constatar que existem algumas oportunidades de melhoria no âmbito da prevenção e controlo das IACS.

Apesar das condicionantes estruturais existentes no serviço, pude verificar que existe uma preocupação da equipa em contexto de OBS e ST2, de colocar os doentes em isolamento sempre que há suspeita ou confirmação de infeção ou no caso de doentes imunodeprimidos. No entanto, ao passo que em OBS é relativamente simples proceder ao isolamento, em ST2 esse procedimento não é tão fácil. A sobrelotação de doentes neste espaço não possibilita que se respeite a distância mínima entre os mesmos (um metro e meio), e o isolamento possível é realizado com o recurso a cortinas.

Durante o período de visita em OBS, pude também observar que por vezes não é fornecida qualquer orientação e/ou supervisão às visitas quanto às medidas preventivas, sobretudo no que diz respeito à higienização das mãos (algumas visitas não realizaram o procedimento antes e/ou depois de contactarem com o doente), apesar de estar disponível em cada cama um dispositivo com solução de desinfeção alcoólica. Nesse sentido, tive a preocupação de dialogar com os enfermeiros tutores sobre este facto e alertar informalmente a equipa de enfermagem. Com persistência e coerência, procurei

ao longo da minha prática, orientar, explicar e supervisionar as visitas para a adoção e cumprimento das medidas de prevenção das IACS, motivando também outros enfermeiros para a sua execução.

Juntamente com os procedimentos supra-citados, atualmente a maioria dos hospitais desenvolveu planos de atuação que compreendem a avaliação de risco de colonização ou infeção por Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos (ERC), o que compreende a implementação de regime de isolamento de contato e a realização de rastreios aos doentes que preencham pelo menos uma das seguintes condições (DGS, 2017):

- Colonização ou infeção por ERC nos últimos 12 meses.
- Internamento ou institucionalização em hospital, unidade de cuidados continuados ou estruturas residenciais para pessoas idosas, de pelo menos 3 dias nos últimos 12 meses.
- Contato com caso conhecido de ERC (infeção ou colonização), incluindo-se no conceito de "contato", viver na mesma casa, ter partilhado a mesma enfermaria durante 24 horas ou mais, ser parceiro sexual, ou ser transferido de unidade de saúde sob surto conhecido de ERC.
- Internamento ou procedimentos de saúde nos últimos 12 meses em países com elevada prevalência (designadamente Bangladesh, países balcânicos, China, Chipre, Grécia, Índia, Irlanda, Israel, Itália e Japão), ou prevalência não conhecida de ERC.
- Realização de procedimentos invasivos ou diálise, presença de doença neoplásica, quimioterapia ou imunossupressão nos últimos 12 meses, mesmo sem internamento.
- Presença de estomas ou dispositivos invasivos, perda de integridade cutânea, acamação permanente ou elevado grau de dependência com necessidade de cuidados por pessoas externas.
- Na admissão em áreas de risco elevado (UCI, unidade de neonatologia, serviço de hematologia ou oncologia, unidade de transplante), situação na qual o rastreio deve ser repetido semanalmente.

Após refletir sobre esta recomendação, compreendi que fazia todo o sentido que estas medidas adotadas a nível hospitalar fossem também elas adotadas na assistência pré-hospitalar. Dessa forma, foi sugerida a introdução de batas de proteção na constituição da carga das ambulâncias SIV, de modo a puderem ser utilizadas sempre que os doentes

apresentem algum dos fatores mencionados. Essa sugestão foi bem aceite pelos profissionais envolvidos, tendo sido solicitado o envio destas batas ao serviço de logística. No entanto, a indisponibilidade das mesmas neste serviço levou à realização de um pedido formal ao responsável para a sua aquisição.

A qualidade assume, inquestionavelmente, um papel fundamental nas politicas da saúde e no desenvolvimento do exercício profissional em enfermagem. Segundo os padrões de qualidade dos cuidados da OE (Regulamento n.º 361/2015), e indo de encontro ao estatuto dos enfermeiros (Lei n.º 156/2015), a existência de um sistema de melhoria contínua do exercício profissional dos enfermeiros, e a aplicação de métodos de organização dos cuidados de enfermagem, contribuem para a maximização da eficácia na organização e qualidade dos cuidados.

Ao longo do meu percurso profissional e de estágio, e fazendo parte dos desígnios inerentes ao perfil de competências do enfermeiro especialista, procurei aplicar a promover as Precauções Básicas de Controlo da Infeção (PBCI), tendo profunda consciência de que todo o doente pode constituir um risco de transmissão de microorganismos. A lesão tecidular, as mucosas, o sangue, e outros fluidos orgânicos, assim como todo o material que se encontra no ambiente que envolve o doente pode ser susceptível de causar contaminações. Os conhecimentos aprofundados nas aulas de Prevenção e Controle de Infeção acerca das PBCI, da cadeia epidemiológica da infeção, e da avaliação de risco; permitiu-me seleccionar o material adequado de acordo com o risco esperado no contacto com o doente ou seu ambiente, facilitando também a realização de ensinos a outros profissionais de saúde, assim como a doentes, familiares, e visitas nos diferentes contextos de estágio.

A higiene das mãos, a etiqueta respiratória, a triagem dos doentes, a descontaminação de equipamento clinico, o controlo ambiental, o manuseamento seguro da roupa, a recolha segura de resíduos, as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, e a exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2013b), foram também alvos da minha atenção.

Ao refletir sobre o estágio, considero que na prestação de cuidados procurei sempre atender às boas práticas e recomendações de controlo e prevenção da infeção, e com

persistência e coerência sempre que as condições e circunstâncias não eram as ideais procurei adaptar o material e o espaço para a realização dos procedimentos o mais corretamente possível.

O desenvolvimento de competência nesta área específica contribuiu para que recentemente integrasse a equipa de elos de ligação do PPCIRA (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos) do hospital aonde exerço funções, o que me tem permitido investigar e formar os meus pares para a adoção das PBCI, de forma a melhorarmos a qualidade dos cuidados prestados e atingirmos os objetivos institucionais.

As atividades explanadas permitiram-me concretizar os objetivos traçados para este domínio, e consequentemente o desenvolvimento das seguintes competências:

- Participa em projetos institucionais na área da qualidade.
- Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.
- Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação critica de saúde/doença e/ou falência orgânica.
- Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.
- Presta cuidados de acordo com as boas práticas de controlo e prevenção da infeção.
- Realiza investigação no âmbito da melhoria dos cuidados e da segurança do doente.

3.3. Domínio da Gestão de Cuidados

A prática de enfermagem engloba o planeamento, execução e avaliação dos cuidados baseados no próprio saber de enfermagem e na utilização de múltiplos saberes. Os cuidados de enfermagem são avaliados pelos ganhos em saúde e pelos recursos utilizados para os obter (OE, 2002). Das competências do enfermeiro especialista neste domínio, é expectável que este saiba adequar os recursos existentes às necessidades de cuidados (OE, 2010b), dando uma resposta eficiente em termos humanos e/ou materiais face a cada situação encontrada no decorrer da prestação de cuidados.

Paralelamente, de entre as suas competências, salienta-se a capacidade em identificar os estilos de liderança mais adequados às exigências impostas, facilitando assim os processos de tomada de decisão a que as intervenções de enfermagem estão sujeitas. Para o efeito, é sobejamente importante que o enfermeiro especialista e mestre em EMC seja capaz de disponibilizar assessoria aos restantes elementos da equipa, sempre que os seus conhecimentos sejam necessários, colaborando nas decisões da equipa multiprofissional através da apresentação de uma variedade de soluções eficazes rumo ao aumento da qualidade do processo de cuidar (OE, 2010b).

Como tal, para este domínio tracei um objetivo que visava: c**ompreender o papel do enfermeiro especialista na liderança e a gestão dos recursos em diferentes contextos, visando a otimização da qualidade dos cuidados.**

No decorrer do estágio pude verificar que nos diferentes contextos de prática clinica, os recursos físicos reservados à prestação de cuidados encontravam-se de acordo com as recomendações quer da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/ Urgência (CRRNEU) para o SU, quer da Administração Central do Sistema e Saúde (ACSS) e DGS para o SCI. Contudo, no que diz respeito ao SU, verifiquei que apesar da estrutura física estar de acordo com as recomendações, as áreas de prestação de cuidados eram inadequadas ao afluxo diário de doentes, colocando em risco a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, como acontece em mutos outros SU espalhados pelos hospitais do nosso país.

No que diz respeito aos recursos humanos, verifiquei que devem ser utilizadas metodologias e critérios que permitam a sua adequação às reais necessidades de cuidados (Vieira, 2017). De acordo com o Regulamento 533/2014 (p.30247), *"a dotação adequada de enfermeiros e o nível de qualificação e competência dos mesmos são aspetos essenciais para a obtenção de índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde"*; o que nos leva a acreditar que o cálculo do número de enfermeiros não se pode limitar ao critério de número de horas de cuidados, mas sim englobar aspetos como a competência profissional, a arquitetura da instituição, a formação, e a investigação a realizar.

No contexto específico das Unidades de Cuidados Intensivos, a norma para o cálculo das dotações seguras dos cuidados de enfermagem, prevê que o ratio enfermeiro/doente

numa unidade de cuidados intensivos nível três deverá ser de 1-1, baseando-se na recomendação da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos. No entanto, tal nem sempre acontece e facilmente nos deparamos com ratios na ordem dos 1-2, como acontece no SCI aonde decorreu o estágio.

O mesmo Regulamento, no que diz respeito aos Serviços de Urgência, preconiza que a fórmula a utilizar para o cálculo das dotações seguras é por "Posto de Trabalho", no entanto, esta deve ser adaptada ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, semana e mês de cada Serviço de Urgência. De acordo com Pereira (2014) as metodologias de cálculo de dotações de enfermeiros em SU não são adaptáveis ao fluxo da procura do serviço, não atendem à gravidade do doente nem à carga de trabalho de profissionais, uma vez que o número de postos de trabalho é sempre o mesmo, independentemente da variação do número e tipo de doentes.

Como foi possível observar na prática, a problemática da insuficiência de enfermeiros para atender às necessidades de cuidados e às dotações seguras, desafiam a mobilização de capacidades de gestão, quer pelos enfermeiros chefes, quer pelos chefes de equipa (Vieira, 2017).

No que diz respeito aos recursos materiais, verifiquei que a sua adequada reposição e gestão durante a prestação de cuidados possibilita a sua permanente disponibilidade, proporcionando uma maior segurança e qualidade na assistência aos doentes. Verifiquei também que, no exercício das suas funções, os enfermeiros gestores devem garantir a disponibilidade e a qualidade do material necessário à prática de cuidados, antecipando a sua ruptura e garantindo a sua reposição de acordo com os níveis de stock dos serviços.

A função dos enfermeiros gestores é extremamente importante para a viabilidade da prestação de cuidados nos diferentes contextos da prática de enfermagem. Estes são responsáveis por tentar garantir um rácio de profissionais adequado, em número e em competências, nos serviços onde desempenham funções; assim como devem garantir uma eficiente gestão de diversos equipamentos médicos, que têm incrementado qualidade dos cuidados prestados e a qualidade dos serviços de saúde.

Muitas vezes só nos lembramos da importância destas funções perante a ocorrência de um evento crítico negativo (indisponibilidade de recursos), momento em que o processo

se torna claro e é valorizado pelos profissionais envolvidos, sendo esta uma das áreas de maior atenção dos gestores de enfermagem dos serviços (Garcia *et al*., 2012).

A gestão de cuidados compreende um dos domínios de desenvolvimento de competências inerentes à especialidade em enfermagem, sendo que os enfermeiros especialistas devem procurar otimizar a resposta da equipa de enfermagem em diferentes contextos, articulando com a equipa multidisciplinar; adaptando a sua liderança e gestão de recursos em função de cada situação e contexto, promovendo desta forma, da qualidade dos cuidados.

Durante o estágio, verifiquei ainda que a par da prestação de cuidados diretos ao doente crítico e família, o enfermeiro especialista é habitualmente o responsável nomeado pelo chefe para o substituir na sua ausência, dando continuidade à sua ação de gestão e de promoção da qualidade no serviço.

Propus-me também a **perceber a integração e a gestão de protocolos terapêuticos complexos na área da EEMC;** sendo que a gestão da dor e a otimização do conforto da pessoa em estado crítico foi sempre um dos meus focos de atenção durante o estágio realizado. A par disso, pude gerir protocolos terapêuticos complexos, tais como o suporte hemodinâmico (gestão de vasodilatadores e de aminas), e o suporte ventilatório (desmame ventilatório e extubação no pós-operatório imediato).

O controlo da dor constitui para além de um direito do doente, um dever ético e deontológico do enfermeiro. A dor, sendo subjetiva, exige do enfermeiro competências e conhecimentos técnico-científicos que lhe permitam compreender a complexidade das alterações fisiopatológicas, psicológicas e bioquímicas apresentadas pelos doentes, sendo este o primeiro passo para o sucesso da gestão terapêutica.

A identificação precoce da dor, a monitorização, e o tratamento através do uso de escalas e indicadores adequados; permite identificar a intensidade e realizar uma avaliação da eficácia das intervenções implementadas, sendo esta uma das competências exigidas no cuidar do doente crítico (Soares et al., 2017; Teixeira e Durão, 2016).

A presença de mal-estar físico ou emocional é muito frequente no doente crítico, pelo que se torna fundamental compreender a causa para podermos adequar a nossa

intervenção. Muitas vezes os analgésicos não são necessários para aliviar o sofrimento dos doentes; e apenas o desenvolvimento de uma relação terapêutica e de confiança permitirá a compreensão do motivo que potencia o mal-estar. A implementação de medidas não farmacológicas de controlo da dor, nomeadamente: a gestão do ambiente e do ruído, a musicoterapia, o relaxamento, o toque terapêutico, a escuta ativa e a massagem de conforto podem, por si só, trazer muitos benefícios e proporcionar uma melhoria do bem-estar dos doentes.

A dor como quinto sinal vital, apesar da subjetividade que lhe está inerente, não pode ser descurada. A Direção Geral da Saúde (2013a) desenvolveu o Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor com o objetivo de defenir estratégias de prevenção e de controlo nos doentes.

Em contexto de SU constatei que a dor é um dos sintomas mais referidos pelos doentes em situação de urgência/emergência, e que a sua avaliação é um fator determinante na atribuição de prioridade segundo o STM. Testemunhei também que no SCI, esta é um dos sintomas mais referidos pelos doentes no pós-operatório e, na assistência pré-hospitalar, verifiquei que a dor foi também uma das principais causas de ativação dos meios de emergência.

Nos diferentes contextos da prática, pude ainda verificar que a escala mais utilizada na avaliação e monitorização da dor do doente crítico com capacidade de compreender e verbalizar foi a escala visual numérica (tal como recomendado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2016).

Nos doentes conscientes mas com incapacidade em comunicar foi utilizada a escala de faces, e nos doentes sedo-analgesiados (no SCI) foi utilizada a escala comportamental Behavioral Pain Scale (BPS). Segundo a revisão integrativa realizada por Teixeira e Durão (2016), a BPS é a escala mais utilizada na avaliação da dor no doente em ventilação mecânica invasiva.

Após uma compreensão individualizada da vivência da dor pelos doentes, e visando a maximização do seu bem-estar, fui desenvolvendo algumas intervenções de prevenção e controlo da dor durante os diferentes contextos de estágio. Em cooperação com medidas não farmacológicas de controlo da dor (muito eficazes na dor resultante de cuidados

locais), administrei fármacos de acordo com a prescrição médica e segui protocolos instituídos (nos meios de assistência pré-hospitalar).

As atividades realizadas permitiram-se compreender que tão importante como tratar a dor, é prevenir a sua ocorrência. Contudo, nem sempre é possível evitar que ela surja, pelo que se torna importante compreender os fatores desencadeantes, avaliá-la e monitoriza-la ao longo do tempo. A utilização de protocolos flexíveis que permitam adequar rapidamente os tratamentos farmacológico de prevenção e controle da dor constituem também um elemento fundamental para melhorar a assistência aos doentes; principalmente em contexto SIV, onde a assistência se encontra protocolada e a alteração aos protocolos está à distância de uma chamada, carecendo de validação do médico regulador. A promoção das medidas não farmacológicas e a validação constante das queixas dos doentes constituem também dois aspetos diferenciadores na abordagem a esta problemática.

As atividades realizadas no âmbito deste domínio permitiram não só atingir os objetivos propostos, como também desenvolver as seguintes competências:

- Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.
- Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais.
- Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.
- Assiste a pessoa objetivando o controle diferenciado da dor e do bem-estar.

3.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Para a criação de uma própria identidade profissional, a reflexão e reinterpretação das vivências individuais e a acumulação de experiências, são essenciais para o crescimento que permite construir as perspetivas acerca da profissão. Para a construção desta identidade, o processo formativo constitui uma situação privilegiada, através da valorização das novas experiências e das relações pessoais e interpessoais estabelecidas.

Neste sentido, ambicionando o desenvolvimento complexo da combinação de saberes, comportamentos, e atitudes que me permitissem adquirir novas competências no cuidar

do doente crítico, procurei d**esenvolver o auto-conhecimento através da integração na equipa e da relação supervisiva**, ao longo do estágio.

Segundo a OE (2010b), a supervisão clínica é um processo formal de suporte profissional e de aprendizagem que tem como objetivo o desenvolvimento de conhecimentos, competências, o assumir progressivo de responsabilidades na prática diária e na tomada de decisão com destaque à proteção e segurança em situações clínicas mais complexas.

A aposta na supervisão clínica, como refere Abreu (2007), surge no contexto da discussão sobre qualidade, da reflexão sobre formação clínica, da aprendizagem experiencial, e da supervisão das práticas clínicas. A Supervisão Clinica em Enfermagem é um processo de colaboração formal e estruturado que ajuda os profissionais a desenvolver competências pessoais e profissionais, conhecimento e valores de humanidade durante o seu percurso profissional. O acompanhamento profissional permite ao supervisado desenvolver uma compreensão mais profunda do que é ser enfermeiro, da responsabilidade que lhe é intrínseca e desenvolver o conhecimento a partir da realidade das práticas clínicas.

A integração numa relação supervisiva com os meus enfermeiros tutores, permitiu-me durante o estágio o desenvolvimento humano e profissional, num contexto de formação de adultos, traduzido pelo desenvolvimento de caraterísticas físicas, psíquicas, cognitivas e sociais através de um processo de informação – reflexão – ação – reflexão sobre a prática e os cuidados.

A rápida integração nas diferentes equipas foi também um aspeto importante que acabou por facilitar todo o meu processo de aquisição de competências, já que me foi permitido o acompanhamento de diversos tipos de situações que foram ocorrendo tanto nos diferentes meios da assistência pré-hospitalar, como nas diversas áreas do SU, e no SCI.

Gerir prioridades em situações de catástrofe ou de emergência muli-vítimas é uma das áreas temáticas que mais nos diferencia enquanto enfermeiros especialistas em EMC porque somos os únicos profissionais, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2009), que devem reunir competências nesta área. Assim, considerei fundamental **conhecer como se processa a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vitimas**,

o papel do enfermeiro especialista nestas situações, e a organização do plano distrital e nacional para a emergência e catástrofe.

Cuidar da pessoa em situação crítica torna-se ainda mais desafiador em contexto de catástrofe ou de emergência multivítimas. A catástrofe é definida na Lei nº 27/2006 de 3 de julho, que aprova a Lei de Bases da proteção civil, como um "*acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional"* (p.4696).

Segundo o INEM (2012, p.12), as catástrofes são mais profundas que os desastres porque "*afetam áreas maiores, tornando incapazes as ações de resposta locais, na medida em que, também elas, são afetadas*". O furacão Katrina, ano de 2005 nos EUA, e o tsunami no sul da ásia em 2004, são dois exemplos marcantes da ocorrência de catástrofes naturais. Neste tipo de situação, é fundamental que os enfermeiros tenham consciência do seu papel, e compreendam que este não se resume à prestação de cuidados diretos aos feridos, devendo englobar outras funções como a triagem, o controle de infeção, a participação em planos de contingência, e a evacuação em massa.

A emergência multivítimas caracteriza-se por envolver um número de vítimas suficiente elevado para interferir com o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prestação de cuidados de saúde. Impõe um conjunto de procedimentos médicos de emergência, com o objetivo de salvar e tratar o maior número de pessoas, fazendo um uso eficiente dos recursos disponíveis (OE, 2012).

O conhecimento, pelos profissionais de saúde, dos procedimentos a adoptar perante a eventualidade de ocorrência de uma situação de emergência multivitimas e de catástrofe, potencia a compreensão da importância da gestão nestas situações, e a importância da existência e implementação de um Plano de Emergência Externa nos hospitais, assim como da identificação dos papéis dos enfermeiros, das atribuições dos serviços, das cadeias de comando, e dos procedimentos a executar (Sousa, 2012). Durante o estágio no SCI e no SU tive a possibilidade de consultar o Plano de Catástrofe Interno, constituído por um conjunto de normas e procedimento destinadas a evitar ou minimizar os efeitos de um acidente grave, de uma catástrofe ou de uma

calamidade; que possa provocar uma procura repentina e excessiva de cuidados de urgência, e levar ao esgotamento dos recursos disponíveis. Esse plano explana os procedimentos gerais de organização face a um afluxo excepcional de vítimas ao SU, garantindo uma prestação de cuidados de saúde, seguros, eficazes e de qualidade.

Ao longo do estágio em assistência pré-hospitalar tive a possibilidade de participar numa situação de acidente multivitimas. No entanto, este não se revelou uma situação de exceção pois os meios no local rapidamente foram suficientes para a correta assistência das vítimas.

O enfermeiro especialista em EMC deve, portanto, possuir competências que lhe permitam intervir na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multivítimas, bem como, gerir equipas de forma sistematizada, com eficácia e eficiência, face à complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em situação crítica e/ou falência orgânica.

Não tendo sido possível o desenvolvimento destas competências na prática, foi necessário estudo, consulta de bibliografia, e partilha de conhecimentos com o meu enfermeiro tutor no estágio de assistência pré-hospitalar; tendo sido também possível conhecer as várias valências do hospital de campanha do INEM, de como se efetua a triagem em emergência, e a forma como se procede o encaminhamento das vítimas no terreno.

No sentido de a**dquirir competências de conhecimento, de diagnóstico, e de intervenção nos diferentes contextos de assistência ao doente crítico**, foram otimizadas todas as oportunidades de aprendizagem que foram surgindo neste meu percurso.

A prática e a experiência resultantes de quatro anos de exercício profissional, três dos quais a exercer em Cuidados Especiais, permitiram-me adquirir conhecimentos e aptidões que estabeleceram a base deste percurso de aquisição de competências especializadas. Logo, apesar de no decorrer do estágio ter vivenciado situações em que pude aplicar e desenvolver as competências já integradas, existiram outras em que senti a necessidade de questionar, pesquisar e estudar, de forma a assegurar que os meus cuidados seriam praticados de uma forma segura, de qualidade, fundamentados na

evidência científica, o que acabou por proporcionar o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

No decurso do estágio em SU identifiquei algumas limitações na abordagem ao doente, essencialmente na sala de emergência, e que se prenderam com a gestão de terapêutica específica como o actilyse para a realização de fibrinólise, o ácido tranexâmico utilizado nas hemorragias maciças, a utilização de obidoxina e da perfusão de atropina nas intoxicações por organofosforados, entre outros.

No SCI, sendo uma realidade idêntica à minha, foi relativamente fácil integrar os procedimentos e os protocolos de assistência aos doentes tendo, no entanto, sentido necessidade de aprofundar conhecimentos relacionados com o processo de hemodiálise e a especificidade dos cuidados a ter aos doentes submetidos a esta técnica.

O facto de ser voluntária numa corporação de bombeiros há cerca de cinco anos também facilitou, em certa medida, a minha integração e desempenho no estágio de assistência pré-hospitalar. O fato de este ser um ambiente não controlado e em que temos que sistematizar a nossa abordagem no sentido de rapidamente identificar uma vítima crítica e/ou fatores de instabilidade na mesma, promove o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais e relacionais tão importantes numa profissão como a enfermagem. Aqui, onde tantas vezes os segundos contam, onde tantas vezes temos a vida e a morte lado a lado, onde lidamos com o desespero, com o inesperado, com a frustração, a incompreensão; num ambiente onde a prestação de cuidados pode ser (e é muitas vezes) vulnerável, é extremamente importante a coordenação das equipas.

No sentido de basear a minha atuação em decisões assertivas, eficazes e fundamentadas, pesquisei e refleti sobre conhecimentos disponíveis nos protocolos de atuação dos meios de assistência pré-hospitalar, nos algoritmos de Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV) do Conselho Europeu de Ressuscitação, do Manual de Trauma do "*Trauma Nursing Core Course*", e nos apontamentos e bibliografia sugeridas nas aulas do 1º e 2º semestre do Mestrado Profissional em EMC. Aprofundei conhecimentos sobre técnicas de imobilização e abordagem à vítima de trauma, mecanismos de lesão e classificação das mesmas, cinemática do trauma, conteúdos relacionados com eletrocardiografia e despiste de arritmias, acidentes vasculares

cerebrais e intervenção nos diferentes tipos, avaliação neurológica, classificação de crises convulsivas, entre outras.

As situações de trauma que presenciei englobaram situações de acidentes de viação, atropelamento, e quedas em altura; enquanto que as situações de doença súbita englobaram as ativações das vias verdes (trauma, AVC, coronária e sepsis), situações de PCR, edema agudo do pulmão, hipoglicemias, crises convulsivas, dor torácica, dor abdominal, dor dos membros, dispneia, alterações do estado de consciência, enforcamento, e emergências psiquiátricas.

Importa referir que a assistência em contexto pré-hospitalar e em contexto de sala de emergência obedece a uma abordagem inicial sistemática e metódica, constituída pela avaliação primária (ABCDE) e avaliação secundária por segmentos da cabeça aos pés.

Em contexto de SU, sendo este um serviço médico-cirurgico, permitiu-me cuidar de doentes acometidos por diferentes patologias e necessidades, realizando a devida avaliação, planeamento de cuidados, implementação de intervenções, e avaliação de resultados. Pude intervir também em momentos de grande imprevisibilidade e criticidade, priorizando as intervenções de recuperação e manutenção da vida, mas não descurando a elaboração de um plano de cuidados individualizado e adequado às características de cada doente.

A responsabilidade supervisionada de assegurar todos os cuidados à vítima, permitiu-me desenvolver autonomia pela gestão das decisões tomadas e expressar o meu pensamento crítico. Esta responsabilização foi muito importante para incrementar a tomada de consciência, desenvolver o processo de enfermagem, e realizar uma reflexão crítica sob as necessidades e os cuidados ao doente crítico e instável, de forma a dar uma resposta atempada e eficaz. Possibilitou ainda desenvolver capacidades e competências na prestação de cuidados com qualidade, de forma autónoma, técnico-científica e responsável, características que considero ímpares do enfermeiro especialista.

As situações de imprevisibilidade têm a capacidade de testar a capacidade de cooperação entre os diferentes profissionais de uma equipa. Durante o estágio, verifiquei que uma equipa coesa, organizada e competente contribui para uma pronta

intervenção, prevenindo complicações e sequelas no doente, e influencia positivamente as taxas de morbilidade e de mortalidade que lhes estão associadas.

No SU desenvolvi a minha capacidade observacional e de tomada de decisão, colaborando na aplicação do STM na definição de prioridades de atendimento. O STM constitui um instrumento que permite *"definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica"* (DGS, 2015c, p.13).

Verifiquei que a existência de protocolos de triagem (a exemplo do STM), assim como de protocolos de atuação clínica (a exemplo das vias verdes) no atendimento ao doente urgente/emergente em contexto de SU, contribui para uma prestação de cuidados mais equitativa, segura e eficiente, o que concorre para um aumento da satisfação dos doentes e dos profissionais.

No SCI tive a oportunidade de colaborar com a equipa de emergência intra-hospitalar e efetivar diversos transportes de doentes em contexto intra-hospitalar. O transporte do doente crítico neste serviço está de acordo com as recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e da Ordem dos Médicos (2008) no que concerne à coordenação do transporte, profissionais que acompanham, equipamentos e monitorização.

No que diz respeito ao SU, pude verificar que apesar da existência de uma mala de transporte na sala de emergência, especificamente preparada para o efeito e de acordo com a SPCI, os profissionais não estavam suficientemente sensibilizados para a sua utilização. No transporte intra-hospitalar, principalmente no transporte dos doentes da sala de emergência ao TAC (que se localiza num piso superior), senti necessidade de sensibilizar os enfermeiros para o cumprimento da norma existente para o transporte do doente crítico, salvaguardando-os desta forma caso ocorressem imprevistos (como por exemplo, a avaria de um elevador)

É crucial garantir que em cada transporte efetuado, seja ele inter ou intra-hospitalar, que a equipa que transporta o doente tenha ao seu alcance todos os meios necessários para que o mesmo se processe harmoniosamente e indissociavelmente das normas de boa

prática, mantendo, o mesmo nível de cuidados que o doente era alvo no momento da transferência.

Após as atividades e as reflexões realizadas, concluo que a consecução dos objetivos neste domínio me permitiram o desenvolvimento das seguintes competências:

- Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Formula e analisa questões/ problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Reflete na e sobre a sua prática, de forma crítica;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;
- Produz um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara.

CONCLUSÃO

O presente relatório possibilitou a realização de uma análise refletida sobre todo o processo de aprendizagem e de aquisição de competências especializadas durante o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em EMC, nos vários domínios de ação do enfermeiro especialista.

Na sua elaboração, procurei explanar o meu progresso de desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, assim como de atitudes, valores e comportamentos para o cuidar especializado e diferenciado à pessoa em situação crítica.

A experiência e competência profissional adquiridas na prestação de cuidados ao doente crítico numa Unidade de Cuidados Especiais constituiu uma mais-valia no decorrer do estágio, permitindo-me a partilha de conhecimentos e experiências com as equipas de enfermagem, e possibilitando o incremento da qualidade e da segurança dos cuidados prestados.

O estágio nos diferentes contextos da Enfermagem Médico-Cirúrgica contribuiu para o meu crescimento e maturidade profissional, apoiado numa prática reflexiva e complementada pela minha formação inicial enquanto enfermeira generalista, e pela formação adquirida no percurso da especialização. A teoria das transições de Afaf Meleis serviu como referencial teórico à prática de cuidados, sendo a sua aplicabilidade transversal a todos os processos de prestação de cuidados ao doente crítico.

Como era objetivo deste relatório, procurei descrever e refletir sobre as experiências vivenciadas e as atividades pertinentes e incitadoras do aprendizado que surgiram ao longo do estágio, e sobre as estratégias adotadas que cooperaram para a aquisição de conhecimentos. Explanei também os contributos que tive a possibilidade de dar nos diferentes contextos aonde decorreu o estágio, visando a melhoria contínua da qualidade e o desenvolvimento profissional de pares.

A temática da Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem foi

trabalhada de forma transversal ao longo de todo o estágio, e permitiu-me contribuir em contexto de assistência pré-hospitalar, para a melhoria da abordagem ao doente queimado, promovendo a reflexão de pares e propondo alterações ao protocolo instituído baseadas em evidência científica e relacionadas com a analgesia, o controle de infeção e a monitorização das práticas. Em contexto de SU, realizei uma análise do serviço, destacando os pontos fortes, as fraquezas, as oportunidades de melhoria e as ameaças, de modo a sensibilizar os responsáveis para o desenvolvimento de estratégias que promovam a melhoria contínua da qualidade. Ainda neste serviço, sensibilizei os meus pares e desenvolvi um trabalho sobre a temática da Recolha e Preservação de Vestígios Forenses, enfatizando a importância que esse procedimento poderá ter no desenvolvimento de uma investigação criminal, elaborando uma proposta de norma para a sua realização e um póster com a sistematização do procedimento para uma rápida visualização na sala de emergência. Foram também realizados dois panfletos que servirão para transmissão de informação relacionada com o SU e com a área de OBS aos doentes e famílias que recorram a este serviço. Durante o estágio em SCI, realizei e apresentei uma folha que permitirá normalizar o processo de transmissão de informação durante a passagem de turno de enfermagem.

Este percurso foi também rico pela diversidade de conhecimentos que me proporcionou, e no desenvolvimento da minha capacidade para os integrar e os aplicar na resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, através de um processo de julgamento e de tomada de decisão, que envolve uma reflexão sobre as implicações e responsabilidades ético-sociais.

A motivação, o empenho, e a capacidade de iniciativa foram atributos presentes durante o estágio e na realização deste relatório, os quais impulsionaram o desenvolvimento pessoal e profissional, especificamente a nível do saber-saber, saber-fazer, saber-ser e saber-transformar-se. As habilidades adquiridas incitaram ainda uma aprendizagem continua, auto-orientada e autónoma; integrada no perfil de competências do enfermeiro mestre em enfermagem.

Para este processo em muito contribuíram os diversos campos de estágio que me proporcionaram as experiências retratadas. Estes corresponderam a todas as

expectativas, tendo o estágio realizado em contexto pré-hospitalar superado as mesmas e fomentado ainda mais o meu desejo de um dia exercer neste âmbito.

Todos os conhecimentos e habilidades adquiridas terão impacto no meu contexto profissional, perspetivando-se desafios, oportunidades de melhoria, e espaço para a formação de pares; ambicionando o desenvolvimento da melhoria contínua da qualidade e a excelência do cuidado, numa Unidade de Cuidados que é já uma referência a nível nacional.

Ultimada a elaboração deste relatório, onde procurei demonstrar o meu percurso de desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da pessoa em situação crítica e família, englobando a abordagem pré-hospitalar, a assistência em serviço de urgência, e a prestação de cuidados em serviço de cuidados intensivos; considero que o enfermeiro, no âmbito da especialização, é o principal responsável pelo seu processo de construção de competências. Um olhar atento sobre as práticas, aliado ao conhecimento, às aptidões, e a um pensamento crítico-reflexivo na-ação-e-para-a-ação, proporcionam um desenvolvimento profissional sustentado e conducente à prestação de cuidados de saúde de excelência.

O processo nem sempre foi fácil, e conseguir organizar este relatório de uma forma sintetizada, capaz de explanar os conhecimentos adquiridos durante este percurso, salientando o desenvolvimento das competências requeridas ao enfermeiro especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica, foi a principal dificuldade sentida.

Convicta de que respondi ao desafio de descrever fielmente a minha evolução, como era o objetivo máximo desta unidade curricular, termino este Relatório, com o sentimento de dever cumprido, e com a certeza que me consegui desenvolver enquanto futura mestre em enfermagem. A mobilização dos meus conhecimentos anteriores e recentes na resolução de problemas em situações novas, e em contextos alargados e multidisciplinares; o desenvolvimento da minha capacidade para integrar conhecimentos resultantes da investigação; a minha capacidade de reflexão sobre as implicações éticas e sociais da prática; e a capacidade de transmissão de conhecimentos de forma clara e sem ambiguidades aos meus pares; proporcionaram a que missão de me

auto-desenvolver e de dar o meu contributo na promoção de uma enfermagem de excelência e assente em evidência científica atual fosse concluída com sucesso.

Contudo, não coloco um ponto final no fim desta caminhada. Faço aqui um ponto e vírgula, estando certa de que o curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em EMC contribuiu imensamente para a estimular o meu desenvolvimento pessoal e profissional, e o meu processo de aprendizagem que acredito que me irá acompanhar ao longo da vida e em múltiplas dimensões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2007). Formação e aprendizagem em Contexto Clínico: Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas. Coimbra: Formasau.

Almeida, F. (2011). A Essência do Processo de Enfermagem. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2283/3/TG_17068.pdf >

Assembleia da República. (2005). Constituição da República Portuguesa – Sétima Revisão. Disponível em: <https://www.parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Documents/CRPVIIrevisao.pdf>

Azevedo, P., & Sousa, P. (2012). Partilha de Informação de enfermagem: dimensões do papel de prestador de cuidados. Revista de Enfermagem Referência, III (7). 113122. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn7/serIIIn7a12.pdf>

Borges, D. (2015). A Comunicação com a Família em Contexto de Cuidados Intensivos. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo). Disponível em: <http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1346/1/Diana_Borges.pdf>

Cabral, J. (2014). Cuidar da Pessoa Submetida a Hipotermia Terapêutica... Uma Solução no TCE Grave. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16303>

Caldana, G., Gabriel, C., Rocha, F., Bernardes, A., Françolin, L., & Costa, D. (2013). Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado. Revista Eletrónica de Enfermagem, 14 (4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.19655>

Camelo, S. & Angerami, E. (2013). Competência Profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem, 22 (2). 552-560. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104070720130002000 34>

Campbell, M. (2009). Nurse to Nurse – Palliative Nurse. McGraw Hill Medical, New York.

Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. (Relatório CRRNEU) Disponível em: <http://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia20120701.pdf>

Costa-Dias, M. (2014). Quedas em Contexto Hospitalar: Fatores de Risco. (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa). Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/17112>

Deodato, S. (2017). Direito da Saúde. 2ª Edição revista e aumentada. Coimbra: Editora Almedina.

Dias, S. (2010). Prevenção de Infeção Nosocomial - ponto de vista do especialista. Revista Portuguesa de Medicina Intesiva, Disponível em: <http://www.spci.pt/revista/vol_17/2010331_rev_mar10_volume17n1_47a53.pdf>

Direção Geral de Saúde. (2011). Escala de Braden: versão adulta e pediátrica. (Orientação n.º 017/2011). Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=20377>

Direção Geral de Saúde. (2013a). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor. Disponível em: <http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-az/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2013b). Precauções Básicas no Controlo da Infeção (PBCI). (Norma 029/2012 atualizada a 31/10/2013). Disponível em:

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0292012-de-28122012.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2015a). Norma de Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. (Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015). Disponível em: <http://www.aenfermagemeasleis.pt/2015/11/04/norma-dgs-consentimentoinformado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito/>

Direção Geral de Saúde. (2015b). Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão até 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/emdestaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pelogoverno.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2015c). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e referenciação Interna Imediata. Triagem de Manchester, Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale, implementação, auditoria interna e externa. (Norma 002/2015). Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0022015-de-06032015-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2017). Prevenção da Transmissão de Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos em Hospitais de Cuidados de Agudos. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos.aspx>

European Resuscitation Council. (2010). Guidelines for Resuscitation. Disponível em: <http://www.elsevier.com/locate/resuscitation>

Gabinete de Documentação e Direito Comparado. (2001). Convenção Sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. Disponível em: <http://direitoshumanos.gddc.pt/3_19/IIIPAG3_19_2.htm>

Garcia, S., Haddad, M., Dellaroza, M., Costa, D., & Miranda, J. (2012). Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. Revista Brasileira de Enfermagem, 65 (2). 339-346. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672012000200021>

Gómez-Rojas, J. (2015). Las competências profesionales. Revista Mexicana de Anestesiología, 38 (1), 49-55. Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cma151g.pdf>

Grupo de Trabalho Urgências. (2006). O serviço de urgência: Recomendações para a organização de cuidados urgentes e emergentes. Disponível em: <http://www.hospitaisepe.minsaude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). Situações de Exceção – Manual TAS. Disponível em: <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20140108172551542879.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2013). SIEM: Sistema Integrado de Emergência Médica. 1ª Edição. Disponível em: <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Sistema-Integrado-de-Emerg%C3%AAncia-M%C3%A9dica.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2017). Página oficial do INEM na Internet. Disponível em: <http://www.inem.pt>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2018). INEM é a primeira entidade certificada em Portugal de acordo com o Manual de Acreditação de Unidades de Urgência e Emergência. Disponível em: <http://www.inem.pt/2018/02/05/inem-e-a-primeira-entidade-certificada-em-portugal-de-acordo-com-o-manual-de-acreditacao-de-unidades-de-urgencia-e-emergencia/>

Machado, F. & Mogo, S. (2015). Liberdade religiosa em especial – Direito, Religião e Tratamentos médicos. Revista Direito, Estado e Religião. (1), 1 – 18. Lisboa: CEDIS Working Papers. Disponível em: <http://cedis.fd.unl.pt/wp-content/uploads/2015/07/CEDIS-workingpapers_DER_Direito-Religi%C3%A3o-e-Tratamentos-M%C3%A9dicos.pdf>

Matos, E. (1997). A colaboração escola. Serviços, Nursing, ano 10, nº114.

Meleis, A. (2010). Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. (2012). Theoretical nursing Development and Progress. Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Melo, E.; Teixeira C.; Oliveira, R.; Almeida, D.; Veras, I.; Frota, N. & Studart, R. (2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. Revista de Enfermagem Referência, IV (1). 55-63. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn1/serIVn1a07.pdf>

Morais, C. (2012). Matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra). Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24204&code=688.>

Nunes, L. (2013). Competências morais dos profissionais de enfermagem. In VIII Encontro de Enfermagem do Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, 10 outubro de 2013. Leiria. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4804/1/Competencias%20morais%20dos%20profissionais%20de%20enfermagem_LN%20Out%202013.pdf>

Oliveira, F. (2013). Breves considerações a respeito do princípio da dignidade da pessoa humana. (Tese de Mestrado, Universidade do Porto, Porto). Disponível em: <https://sigarra.up.pt/fdup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=24817>

Oliveira, F. (2016). Satisfação dos Utentes com a Experiência Hospitalar. (Dissertação de mestrado, Universidade Católica do Porto, Porto). Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/21248>

Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. Divulgar. 8-13. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) - Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem - Perfil e Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_26_Junho_2009_suplemento.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências. Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/cadernostematic os1.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Modelo Integrado de Emergência Pré-hospitalar. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2013/MIEPH_proteg.p df>

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Critica. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadroesQualidaCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf>

Pereira, E. (2011). Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado. Relevância da definição dos cuidados prestados. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/62191?locale=en>

Pereira, M. (2014). Análise do custo-efetividade da dotação de enfermeiros do serviço de urgência nos resultados da prestação de cuidados de saúde. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia, Universidade do Porto, Porto). Disponível em: <https://sigarra.up.pt/fdup/en/PUB_GERAL.PUB_VIEW?pi_pub_base_id=32798>

Pimenta, C.; Pastana, L.; Sichieri, K.; Gonçalves, M.; Gomes, P.; Sollha, R. & Souza, W. (2014). Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem. Disponível em: <http://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/guia%20constru%C3%A7%C3%A3o%20protocolos %2025.02.14.pdf>

Pires, D. (2009). A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. Revista Brasileira de Enfermagem, 62(5). 739-744. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500015>

Pordata. (2015). Pordata - Ambiente de Consulta. Disponível em: <http://www.pordata.pt/DB/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

Rego, C. (2015). Gestão em Enfermagem e a Formação em Serviço: Tecnologias de Informação e Padrões de Qualidade. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Disponível em:

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese_finalCarla%20Rego_fev2015.pdf>

Sá, F.; Botelho, M. & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A experiência do Enfermeiro. Revista Pensar em Enfermagem, Vol. 19 (1). Disponível em:

<http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf>

Silva, A. (2009). Triagem de prioridades, Triagem de Manchester. (Tese de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazer. Universidade do Porto, Porto). Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19983>

Soares, N., & Dall'Agnol, C. (2011). Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. Ata Paulista de Enfermagem, 24 (5). 683688. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103210020110005000014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>

Soares, R., Martin, A., Arruda, G., Marcon, S., & Barreto, M. (2017). Fatores associados ao nível de dor na admissão e na alta em vítimas de trauma. Revista Enfermería Global, 16 (45). 143-155. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.240431>

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos. (2008). Transporte de clientes críticos: recomendações. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos. Disponível em: <http://spci.pt/files/2016/03/9764_miolo1.pdf >

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2016). Resultados Plano Nacional de Avaliação da Dor. (Grupo Avaliação da dor). Disponível em: <http://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD1.pdf>

Sousa, J. (2012). A Resposta da Medicina Intensiva em Situações de Múltiplas Vítimas e Catástrofe. Ata Médica Portuguesa. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/6/11>

Tareco, E. (2015). Sistemas Informáticos em Saúde para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Revisão Sistemática. (Tese de Mestrado, Universidade do Algarve, Algarve). Disponível em: <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/7670>

Teixeira, J., & Durão, M. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa de literatura. Revista de Enfermagem Referência, IV (10). 135-142. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832016000300015&script=sci_abstract&tlng=pt>

Tomás, A. (2011). Cuidar da pessoa em situação crítica: prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde. (Relatório de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa). Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9500>

Vieira, S. (2017). Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa em Situação Crítica - Da abordagem pré-hospitalar à unidade de queimados. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, Funchal). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/22012>

Wright, L; Leahey, M. (2013). Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família. 3ª ed. Editora Roca Lda: São Paulo.

DOCUMENTOS LEGISLATIVOS

Decreto Lei nº 47344/1966 de 25 de novembro. Diário da República nº 274/1966 – I Série. Diário do Governo. Lisboa.

Decreto Lei nº 48/1995 de 15 de março. Diário da República nº63/1995 – I Série-A. Ministério da Justiça. Lisboa.

Decreto Lei nº 161/1996 de 4 de setembro. Diário da República nº 205/1996 – I Série-A. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto Lei nº104/1998 de 21 de abril. Diário da República nº 93/1998 – I Série-A. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto Lei nº 122/2011 de 18 de fevereiro. Diário da República nº 35/2011 - II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Decreto Lei nº 124/2011 de 18 de fevereiro. Diário da República nº 35/2011 - II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Decreto Lei nº 188/2015 de 22 de abril. Diário da República nº 78/2015 - II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Decreto Lei nº 361/2015 de 26 de junho. Diário da República nº 123/2015 - II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Despacho Normativo 11/2002 de 6 de março. Diário da República nº55/2002 – I Série-B. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho nº 3635/2013 de 7 de março. Diário da República nº 47/2013 – II Série. Ministário da Saúde. Lisboa.

Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. Diário da República nº 28/2015 – II Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Lei nº 27/2006 de 3 de julho. Diário da República nº126/2006 – I Série. Assembleia da República. Lisboa.

Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Diário da República nº181/2015 – I Série. Assembleia da República. Lisboa.

Regulamento n.º 533/2014 de 2 de dezembro. Diário da República nº 233/2014 – II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho. Diário da República nº123/2015 – II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

APÊNDICES

Apêndice I: FOLHA DE PASSAGEM DE TURNO

FOLHA DE PASSAGEM DE TURNO

UNIDADE Nº:	DIAS DE INTERNAMENTO:		[IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE]
CONTACTOS:	S	N	
DIAGNÓSTICO DE ADMISSÃO:			

ANTECEDENTES:	PROBLEMAS ATUAIS:	ALERGIAS:

1. CONSCIÊNCIA	RASS:		
	BPS:		
	CAM-ICU:		
	DESMAME VENTILATÓRIO?	S	N
	FÁRMACOS SNC		

2. VIA AÉREA/ VENTILAÇÃO	VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA:	S	N
	DATA EXTUBAÇÃO: ____/ ____ / 201__		
	VNI:	S	N
	VENTILAÇÃO INVASIVA:	S	N
	TROCAS GASOSAS EFICAZES:	S	N
	SECREÇÕES:	S	N

3. CIRCULAÇÃO	FÁRMACOS VASOACTIVOS	
	OUTROS FÁRMACOS RELEVANTES	

4. INTEGRIDADE CUTÂNEA/ EXPOSIÇÃO	FERIDAS		
	DRENAGENS	LOCALIZAÇÃO	VOL.
	CONTROLE TEMPERATURA	S	N

5. ALIMENTAÇÃO	ORAL:	S	N
	ENTÉRICA:	S	N
	PARENTÉRICA:	S	N
	DISFAGIA: NT	S	N

6. ALERTAS	B. HÍDRICO: _____	S	N
	TI FUNCIONANTE:	S	N
	ISOLAMENTO:	S	N
	SPICI-F:	S	N
	DIÁRIO:	S	N

7. PLANO

Apêndice II: DOENTE QUEIMADO –
Desenvolvendo A Melhoria Da Abordagem Pré-Hospitalar

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA · PORTO

DOENTE QUEIMADO -

Desenvolvendo A Melhoria Da Abordagem Pré-Hospitalar

Por

Joana Verónica Moreira Vinhas

Sob a orientação de Lúcia Rocha

Porto – novembro de 2017

ÍNDICE

INTRODUÇÃO…….…...79

1. HISTÓRIA DO TRATAMENTO DAS QUEIMADURAS…….....……81
2. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DAS QUEIMADURAS…….85
3. ANATOMIA E HISTOLOGIA DA PELE …….……...….…..…89
4. QUEIMADURAS …….…..….…91
   4.1. CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS ……..…....92
5. GRAU DE GRAVIDADE E CRITÉRIOS DE INTERNAMENTO EM UNIDADE DE QUEIMADOS ……..…….……..…..……97
6. TRATAMENTO DAS QUEIMADURAS ……...……...…..…101
7. ABORDAGEM DO DOENTE QUEIMADO EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR……...103

CONCLUSÃO…….……..107

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS …….…….……109

APÊNDICE: Apresentação da Formação em Serviço……..……113

INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, os cuidados "aos queimados" mantiveram-se mal conhecidos, ou mesmo voluntariamente esquecidos; sendo a queimadura uma patologia cara e "não gratificante", o que explica o desinteresse das autoridades locais e administrativas em todos os serviços hospitalares, e o não atrair vocações médicas.

Ainda hoje, apesar de toda a investigação realizada e apesar de todas as recomendações existentes, é notório o receio dos profissionais de saúde na abordagem a estes doentes fora das unidades especializadas.

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, constituinte do plano curricular do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto; e tem como principal objetivo o desenvolvimento e atualização de conhecimentos relacionados com a abordagem pré-hospitalar ao doente queimado, permitindo-me a partilha de saberes com enfermeiros a exercer em assistência pré-hospitalar em ambulâncias SIV localizadas na região norte do país.

O ambiente pré-hospitalar é, por si só, um meio de grande stresse e em que todas as atitudes a realizar devem ser prontas e assentar em sólidos padrões de conhecimento. Assim, após estudar alguns dos protocolos de atuação instituídos nestes meios, e tendo em conta a minha experiência profissional, decidi elaborar o presente trabalho com o intuito de contribuir com conhecimento e promover a discussão de alguns aspetos relacionados com o protocolo de atuação instituído para o doente queimado, as novas recomendações na abordagem inicial, o transporte, e a transmissão de informação relevante aquando da transferência para os serviços de urgência e/ou unidades de queimados.

Contrariamente ao que é esperado, desde o local do acidente que provocou a queimadura, até à chegada ao serviço de urgência ou ao serviço de internamento aonde serão prestados os cuidados finais, verifica-se que existe uma importante perda de informação muitas vezes relacionada com o acidente (que pode ser propositado ou acidental, auto-infligido ou infligido por outros), com o tratamento inicial (avaliação de superfície corporal queimada e

aplicação da fórmula de Parkland, soroterapia administrada até ao momento da transferência, analgesia e outros fármacos administrados), e com a evidência para instituição de medidas invasivas (como sendo a ventilação mecânica).

Assim, a realização deste trabalho tem como objetivos:

- Consciencializar os profissionais da assistência pré-hospitalar para uma abordagem sistematizada do doente queimado;
- Apresentar a nova norma da DGS para a abordagem pré-hospitalar do doente queimado;
- Debater alguns aspetos do protocolo implementado e;
- Alertar para a importância da recolha do máximo de informação no local e no transporte, e da sua transmissão aquando da transferência do doente para as instituições de saúde.

A metodologia utilizada será a analítica e descritiva, e após esta breve introdução será realizada uma revisão sobre a história do tratamento de queimaduras e os dados epidemiológicos das mesmas; será realizada uma pequena abordagem sobre a anatomia e histologia da pele, assim como do processo de queimadura e a classificação da mesma; serão referidos os critérios para internamento dos doentes em unidades de queimados; os tratamentos mais frequentes; e a abordagem destes doentes em contexto de pré-hospitalar com a apresentação da nova norma de DGS publicada em julho de 2017. Terminarei procedendo à apresentação das conclusões formuladas durante a sua realização e apresentarei a bibliografia utilizada para a elaboração do presente trabalho.

1. HISTÓRIA DO TRATAMENTO DAS QUEIMADURAS

Desde a aurora da sua existência, o homem não pôde deixar de se confrontar com o fogo nas suas formas naturais e com as suas consequências, antes mesmo que o domínio deste elemento, que desempenhou um papel determinante na evolução, tenha tido também como corolário imediato as queimaduras, que mais não fosse pelo contato com as brasas ou líquidos quentes e depois, rapidamente, com os acidentes industriais no inicio do desenvolvimento industrial (Echinard & Latarjet, 2012).

Depois, as queimaduras foram frequentes, embora as causas tenham variado com as épocas e os países, o mesmo sucedendo com os tratamentos propostos; as obras que lhes foram especificamente consagradas são raras, mas a importância dos estudos disseminados na literatura médica não permite indicar em poucas páginas – mesmo limitando-nos às lesões térmicas e aos países ocidentais – senão os marcos que talvez possam incitar a completá-los a partir da investigação pessoal ou já publicada.

Em 1978, D. Jackson estimava que, em certa medida, o tratamento dos queimados não punha problemas porque, até uma época recente, poucos sobreviviam. Esta visão só é justa se nos situarmos num tempo em que os doentes já sobreviviam ao choque dos primeiros dias, à custa de uma evolução semeada de múltiplas complicações. E é verdade que todos os doentes atingidos em 20% da superfície corporal morriam, com raras exceções, como testemunham os resultados de G. Dupuytren, no ínicio do século XIX e, um século mais tarde, os de G. Richl (Echinard & Latarjet, 2012).

Ao longo dos séculos, a intervenção centrada no tratamento das feridas, mas abrangendo também um tratamento geral, ainda que não correspondente às noções atuais, seguiu evoluções paralelas às dos grandes princípios terapêuticos dos diferentes períodos da história da medicina. A composição dos tópicos relevava dos grandes grupos: plantas, animais, minerais e produtos químicos, usados isoladamente ou, muitas vezes, associados, sob as formas mais variadas: unguentos, pomadas, decoções, unções… A ação, particularmente antisséptica, seria demonstrada mais tarde; além disso, houve componentes que foram abandonados em determinadas épocas e recuperados mais tarde.

Hipócrates (460-375 a.C.), no capítulo "Medicamentos para as queimaduras pelo fogo" descreve cuidadosamente o fabrico de diferentes composições vegetais e animais, incluindo por vezes o vinho. Para o alívio da dor propunha unguentos em que misturavam resina com barro e gordura derretida de carneiro velho (Echinard & Latarjet, 2012).

Dando um salto até à renascença, verifica-se que Tagliacozzi (1597), Professor de Anatomia de Bolonha, indicava nos seus trabalhos escritos, a possibilidade de tratar os queimados com enxertos de pele.

Contudo, dois séculos mais tarde, Van Swieten (sec. XVIII), defendia como tratamento por excelência destes doentes a sangria e a purga até à síncope o que levava a que todos os doentes morressem em choque e infetados.

Em 1832, Dupuytren muda o rumo do estudo científico das queimaduras, recomendando o uso de substâncias oleosas para o seu tratamento (Echinard & Latarjet, 2012).

No entanto, só com a 2ª Guerra Mundial, sob o impulso de alguns cirurgiões, as queimaduras foram objeto de trabalhos muito nomerosos, como mostra o número de publicações britânicas e americanas nesse período, marcado também por simpósios e reuniões de comissões. Todos os aspetos da fisiopatologia e do tratamento foram estudados durante a guerra e estabeleceram-se alguns procedimentos: melhoria das normas de perfusão, aplicação de um tratamento de substituição a partir de um compromisso de 15% da superfície corporal no adulto e 10% na criança, aplicação da fórmula de Lund e Browder, a não dissociação do tratamento local e do tratamento geral, e a cobertura das regiões de queimadura com exerto.

As estatísticas são o retrato fiel da evolução: todos os doentes atingidos em apenas 20% da superfície corporal morriam em 1931, e depois da guerra morriam todos os que eram atingidos em 60%.

Em 1950 inicia-se a criação dos centros de queimados (as salas que lhes tinham reservado até então pareciam responder mais a critérios de isolamento de doentes que constituíam risco para outros do que a uma vontade de melhorar os cuidados).

Os riscos de infeções nosocomiais, que ainda não tinham esse nome, não foram ignorados pelos defensores destas estruturas protegidas e, em 1960 reconhece-se que os riscos de infeção são maiores nas unidades de queimados do que nos serviços gerais. O

aperfeiçoamento dos tópicos anti-infeciosos, o acetato de mafenida e depois, sobretudo, a sulfadiazina de prata em 1968, marca o início de uma nova etapa decisiva que prossegue nos nossos dias (Martinho, 2008).

As unidades de queimados passaram também a ser constituídas por aparelhos de cuidados intensivos, para controlar com maior efetividade os parâmetros biológicos destes doentes.

Atualmente as unidades de queimados constituem Serviços de Cuidados Intensivos altamente diferenciados, apresentando uma série de unidades independentes para cada doente, sendo o controlo dos doentes por monitorização e visualização através de televisão, em circuito fechado.

2. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DAS QUEIMADURAS

Ao descobrir o fogo, o Homem confrontou-se com a sua força assoladora, ágil a causar lesões mais ou menos extensas em diversas partes do corpo. *"As lesões por queimadura estão entre as condições mais devastadoras encontradas na medicina. As grandes queimaduras não se limitam às lesões imediatas dos doentes, mas causam lesões físicas e psicológicas que se repercutem por toda a vida"* (Hettiaratchy & Dziewulski, 2004, referidos por Martinho, 2008, p.23), constituindo um fator de profundo sofrimento físico, psicológico e sociofamiliar.

Nos últimos anos verificou-se um progresso considerável no tratamento do doente queimado, contribuindo para que atualmente, este sobreviva a complicações que outrora eram fatais. Segundo a DGS (2012), norma 022/2012, atualizada em 07/2017; o doente queimado define-se como um doente politraumatizado, com necessidades de cuidados multidisciplinares, uma vez que os efeitos das queimaduras não se resumem à destruição parcial ou total da espessura da pele. A fisiopatologia das queimaduras é complexa, podendo comprometer vários órgãos, a exemplo do rim, coração, cérebro e pulmões, originando falência multiorgânica e consequentemente altas taxas de mortalidade entre os doentes queimados.

Neste sentido, a abordagem ao doente queimado impõe a adoção de procedimentos clínicos e protocolos, baseados na evidência e em dados de estudos realizados, com o objetivo de diminuir as taxas de mortalidade e morbilidade, assim como as sequelas a longo prazo, fomentando uma qualidade de vida que possibilite uma integração satisfatória a nível social, profissional e familiar (DGS, 2012).

Segundo a DGS (2012), Norma 024/2012, atualizada em 07/2017; as queimaduras em Portugal continuam a ser uma causa relevante de mortalidade e morbilidade, pelo que a *"organização dos cuidados de saúde prestados a estes doentes, bem como a definição de orientações clínicas baseadas na melhor evidência científica atualmente disponível, são fundamentais para almejar obter ganhos em saúde, com redução da mortalidade, redução das complicações, e ganhos em qualidade de vida dos doentes"* (DGS, 2012, p.12).

Em Portugal estima-se que a incidência de queimaduras se situe em 1889/ano (Martinho, 2008).

Apesar de grande parte das queimaduras serem acidentais, uma percentagem considerável deste tipo de lesões são auto-infligidas ou hetero-infligidas. As crianças com idade inferior a 5 anos representam 20% dos queimados, atualmente. Estima-se que 3-10% das queimaduras em idade pediátrica são não acidentais e que destas crianças, cerca de 30%, são repetidamente vítimas de violência. A história e o padrão de queimadura podem ser suspeitos, razão pela qual se torna importante uma história clinica adequada e uma compreensão da envolvente social (Martinho, 2008).

A gravidade das queimaduras e consequente prognóstico é determinada por múltiplos fatores: agente causal, área de superfície corporal queimada e profundidade da lesão. Embora o mecanismo da lesão possa ser distinto em diferentes etilogias, é essencial compreender que a queimadura cutânea extensa cursa com alterações sistémicas que podem condicionar falência multiorgânica, razão pela qual é essencial a abordagem multidisciplinar do doente queimado.

Os mais recentes dados transmitem-nos que as necessidades atuais de camas de queimados em Portugal é de cerca de 15 a 20 camas para cuidados especiais, incluindo ventilação mecânica e monitorização invasiva para adultos, e oito a nove camas com as mesmas características para crianças (DGS, 2012). A mesma norma refere as recomendações da European Burn Association, relativamente à necessidade de existir na Europa pelo menos um centro de tratamento de queimados, para cada três a dez milhões de habitantes.

Num estudo realizado por Rodrigues em 2009 na Unidade de Queimados do Hospital São João, verificou-se que foram internados 61 doentes com queimadura nesse ano. No que concerne à etiologia das queimaduras, em 46 dos doentes (78%) estas foram causadas por fogo, 15,3% por líquidos quentes, 1,7% por contato, e 5% por agentes químicos. Cerca de metade dos doentes internados apresentavam uma percentagem de SCQ igual ou inferior a 10%, e 8,5% apresentaram uma percentagem de SCQ igual ou superior a 50%. Nos doentes ventilados a percentagem de SCQ média foi quase o dobro da percentagem de SCQ média geral, estando relacionada com a provável ocorrência de lesão inalatória. Verificou-se ainda uma taxa de mortalidade de 10,2%.

De acordo com a OMS (2014) são estimadas 265.000 mortes todos os anos causadas por queimaduras, sendo que a maioria ocorre nos países de baixo a médio desenvolvimento, e mais de metade reporta-se ao sudoeste Asiático. Esta Organização refere ainda que as queimaduras não fatais lideram as causas de morbilidade, incluindo a hospitalização prolongada, desfiguração e a inaptidão, resultando em elevado estigma e rejeição.

Ainda de acordo com a OMS, em 2004 aproximadamente 11 milhões de pessoas em todo o mundo foram acometidas por queimaduras necessitando de cuidados médicos.

A queimadura é, portanto, uma importante causa de morbilidade e mortalidade a nível mundial, particularmente entre os adultos. Na índia estima-se que cerca de 1.000.000 pessoas são moderadamente a severamente queimadas todos os anos e, no Bangladesh, cerca de 173.000 crianças são queimadas anualmente. Em países como o Bangladesh, Colômbia, Egito e Paquistão, 17% das crianças com queimaduras ficam com incapacidade temporária e 18% com incapacidade permanente (OMS, 2014). A American Burn Association reportou que em 2015 486.000 doentes receberam tratamento resultante de queimaduras nos EUA, quer em contexto de internamento hospitalar, quer em contexto de visitas aos serviços de urgência hospitalares. Destes, 40.000 foram hospitalizados, sendo que 30.000 foram admitidos nas 128 unidades de queimados do país. Segundo o BMJ (2014), nos EUA entre 2003 e 2012 e de acordo com as estatísticas dos centros de queimados, a taxa de sobrevivência entre os doentes internados foi de 96,6%, 43% das queimaduras ocorreram devido a incêndio ou chama aberta, e 72% em ambiente doméstico.

O calor é assim a etiologia mais frequente, sendo responsável por alterações moleculares da estrutura da pele. A temperatura absoluta, a concentração do calor e o tempo de exposição são variáveis que determinam a profundidade da queimadura. Desta forma, uma exposição extremamente breve pode cursar numa queimadura superficial, assim como um contato prolongado com temperaturas moderadas pode ser responsável pelo desenvolvimento de queimadura de espessura total.

Com base nos dados consultados, é possível afirmar que a queimadura é um importante problema de saúde no nosso país e mundialmente, pelo que considero que o incremento de competências técnicas, científicas e relacionais na assistência ao doente queimado e família, será de grande relevo no meu percurso de desenvolvimento, em contexto da prática clínica especializada.

3. ANATOMIA E HISTOLOGIA DA PELE

Segundo Urden et al (2008), a pele é o maior órgão do corpo humano, ocupando uma extensão que varia entre 0,2 metros quadrados no recém-nascido a mais de dois metros quadrados no adulto e pesa entre quatro quilos e meio a cinco quilos. A pele tem funções essenciais à manutenção da vida, das quais se destacam: a obstrução à perda de fluidos corporais e às agressões externas; a regulação da temperatura corporal; a transmissão da perceção e localização da pressão, tato e vibração; a avaliação da temperatura e da dor (termorrecetores e nociceptores); e possibilita também a deposição de gordura no tecido celular subcutâneo (função modeladora e isoladora, fonte de energia) (Guerra, 2011).

Estruturalmente a pele é constituída por três camadas:

- **a epiderme** - constituída por tecido epitelial estratificado, queratinizante, e avascular. Está dividida em cinco estratos (germinativo, espinhoso, granuloso, lúcido e córnea) e a sua renovação faz-se através das duas camadas profundas, num ciclo que decorre entre 28 a 35 dias. A célula dominante é o queratinócito, que sintetiza queratinas (proteínas insolúveis), resistentes à temperatura, alterações de pH e à degradação enzimática (William, 2002, referido por Guerra, 2011);

- **a derme ou córion** - constituída por tecido conjuntivo fibroso, fibras elásticas e colágeneas, sendo suprida por vasos sanguíneos, linfáticos, nervos e glândulas sudoríparas (Aguiar, s.d.). Apresenta cerca de dez vezes a espessura da epiderme e divide-se em duas camadas: o estrato papilar (logo abaixo da epiderme é constituído por tecido conjuntivo frouxo, ligado às papilas dérmicas), e o estrato reticular (que é constituído por fibras de colagénio) (William, 2002, referido por Guerra, 2011);

- **o tecido celular subcutâneo ou hipoderme** - camada mais profunda da pele, faz a ligação à fáscia muscular ou ao periósseo. É nesta camada que se deposita o tecido gordo (William, 2002, referido por Guerra, 2011). A queimadura origina perda da integridade funcional da pele, comprometendo a homeostase hidroeletrolítica e controle da temperatura interna, cancelando a proteção contra os organismos externos.

4. QUEIMADURAS

A queimadura é uma lesão tecidular numa determinada parte do organismo desencadeada por um agente físico (agressão térmica, elétrica, química ou radiação) que resulta em perda ou dano dos tecidos (Urden et al, 2008).

Segundo Júnior et al (2008) referido por Pinho (2014), *"Como qualquer vítima de trauma, o paciente queimado é caracterizado por um importante desequilíbrio entre os mecanismos pós inflamatórios e anti-inflamatórios, podendo em determinadas situações, culminar com choque e disfunção de múltiplos órgãos e sistemas"*(p.37).

O conceito de queimadura é bastante amplo, e segundo Sallum e Paranhos (2010) referidos por Pinho (2014) *"as queimaduras graves não devem ser encaradas como lesões cutâneas, mas como trauma sistémico, as quais produzem um grande desequilíbrio hidroeletrolítico e hemodinâmico"* (p.37). A estes danos podem ainda ser associadas lesões em outros sistemas, como sendo os traumas abdominais fechados, os traumas de extremidades e as lesões inalatórias.

De acordo com Urden et al (2008), a lesão dos tecidos resultante da agressão será determinada pela temperatura ou causticidade do agente da queimadura e pela duração do contacto do tecido com a fonte. A lesão dos tecidos resulta da exposição destes a temperaturas elevadas, normalmente entre 40º e 44º C ou superiores, sendo a ferida resultante a responsável pelos efeitos sistémicos observados na pessoa queimada. Como resposta local ao trauma ocorre necrose tecidular/celular, um processo designado por coagulação proteica e progressiva trombose dos vasos adjacentes, que se prolonga entre 12 a 48 horas (Williams, 2002, referido por Guerra, 2011).

As mudanças produzidas pela destruição celular vão ser exacerbadas pelo processo inflamatório agudo e a infeção subjacente. Numa tentativa de dissipar o calor, ocorrem respostas locais dos vasos sanguíneos: vasodilatação, aumento da permeabilidade capilar, e naturalmente uma maior atividade osmótica celular. Há ainda uma diminuição da perfusão tecidular ao redor da área queimada, que progride para uma perda total da pele, como efeito da libertação de mediadores químicos produzidos (cininas, oxidantes e ácidos

aratônicos), os quais originam estase vascular devido à dilatação venosa e arteriolar, e posteriormente agregação plaquetária (Paranhos, 2009 referido por Pinho, 2014).

São as mudanças vasculares as responsáveis pela hipovolémia, diminuindo a capacidade de transporte de oxigénio, e causando a hipóxia tecidual. Segundo Júnior et al (2008) referido por Pinho (2014), a queimadura contribui para a inflamação local e sistémica. A lesão celular que ocorre na queimadura é a necrose por coagulação, existindo no tecido queimado três zonas de coagulação distintas, denominadas ***Zonas de Jackson:*** zona de coagulação, zona de estase, zona de hiperemia.

4.1. CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS

As queimaduras primariamente classificam-se segundo a sua profundidade e extensão da área corporal queimada, contudo há diversos aspetos e fatores importantes a considerar na sua classificação, uma vez que auxiliam na escolha do tratamento e identificam a gravidade do caso, nomeadamente: o agente causal, a localização, a idade, e a história clínica do doente.

Relativamente à profundidade da lesão e segundo Urden et al (2008), as queimaduras são classificadas em:

- **Queimadura superficial: epidérmica ou superficial (1º Grau)** – lesão superficial, limitada à epiderme (envolve apenas as duas ou três primeiras camadas). Carateriza-se por eritema, brilhante, sem flitenas, e com edema ausente ou mínimo. O principal sintoma é a dor, que dura entre 48 a 72 horas. O preenchimento capilar é normal e geralmente cicatrizam entre dois a sete dias. A intervenção médica é dispensada, sendo o tratamento limitado ao alívio da dor e ao aumento do aporte de líquidos orais. Como exemplo: queimaduras solares, queimaduras de vapor.

- **Queimadura de espessura parcial ou dérmica superficial (2º Grau)** – atinge o terço superior da derme. São habitualmente originadas por breves contatos com chamas, líquidos quentes ou exposição a químicos diluídos. Caraterizam-se por um aspeto vermelho claro a forte ou marmoreado e apresentam-se húmidas ou gotejantes, podendo incluir flitenas. É extremamente dolorosa e sensível e, apesar da perda de toda a camada basal da epiderme, cicatrizam entre 7 a 21 dias, com uma formação mínima de queloides.

- **Queimadura dérmica profunda de espessura parcial (2º Grau)** - atinge toda a epiderme e parte da derme. Resulta do contato com líquidos ou sólidos quentes, ou de energia radiante intensa. Geralmente não há formação de flitenas, ocorrendo um grave compromisso do aporte sanguíneo. O derrame de plasma é ligeiro e habitualmente a ferida está vermelha na sua superfície, com áreas brancas nas zonas mais profundas. O seu aspeto varia com o tempo, passando do branco a amarelo, e têm uma cicatrização longa (pode durar até 6 semanas). Por vezes encerram de forma espontânea ou podem carecer de um substituto de pele ou de excisão cirúrgica e enxerto para encerramento. Se não forem tratadas podem originar cicatriz hipertrófica e formação de uma contractura marcada. Se ocorrer infeção, diminuição do aporte sanguíneo ou traumatismo posterior no mesmo local, podem tornar-se lesões de espessura total.

- **Queimadura de espessura total (3º Grau)** - carateriza-se por destruição de todas as camadas da pele e o tecido subcutâneo. Carateristicamente é uma lesão seca, esbranquiçada ou carbonizada, vermelha ou castanha, frequentemente com exposição de músculo, tendão ou osso. São geralmente indolores e insensíveis à palpação. Nunca regenera espontaneamente, pois todos os elementos epiteliais são destruídos. As queimaduras mais pequenas, com área inferior a 4cm, podem cicatrizar por contração, contudo todas as outras carecem de desbridamento e enxerto de pele. O doente com este tipo de queimadura está propenso a infeções, desequilíbrios hídricos e eletrolíticos, alterações da termorregulação e distúrbios metabólicos.

Alguns autores, entre os quais Serra et al. (2004) referidos por Martinho (2008), fazem referência a queimaduras severas de espessura completa (4º Grau), que atingem para além de toda a espessura da pele, tecidos subjacentes como músculos e/ou ossos. Este tipo de queimadura está habitualmente associado ao contato com a eletricidade.

No que concerne à classificação das queimaduras segundo a extensão, esta é medida em percentagem (%) da superfície corporal queimada (SCQ), assim quanto maior a área corporal queimada, maiores os riscos para o doente a nível dos vários sistemas do organismo. É importante quantificar a extensão da queimadura, pois esta tem influência na atuação dos técnicos de saúde e indica o nível de gravidade da situação (Guerra, 2011 e Pais, 2012).

Existem várias classificações para o cálculo da área total da superfície corporal queimada (ATSCQ), no entanto é a Regra dos Nove de Wallace ou o Método de Lund and Browder

os mais utilizados. Nas queimaduras de pequenas dimensões, o cálculo deve ser efetuado utilizando o método da palma em que a palma da mão do doente corresponde a 1% da ATSCQ. Desta forma, toda a lesão que seja maior que a palma da mão do indivíduo deve receber atendimento especializado após a abordagem primária (Aguiar, 2013 e Guerra, 2011).

A Regra dos Nove (Ilustração 1) é uma forma rápida para estimar a extensão das queimaduras, apesar de subjetiva. O sistema atribui percentual em múltiplos de nove às principais superfícies corporais como: membro superior no total 9%, cada membro inferior 18%, o tronco 36%, a cabeça 9% e o períneo 1% de ATSC. (Pinho, 2014 e Pais, 2012).

Segundo Gomes (2006) referido por Pinho (2014), a criança tem superfícies corporais parciais díspares da dos adultos, pelo que na avaliação da ATSCQ, a Regra dos Nove não deve ser aplicada, principalmente nas com idade inferior a quatro anos, pela possibilidade de erros grosseiros.

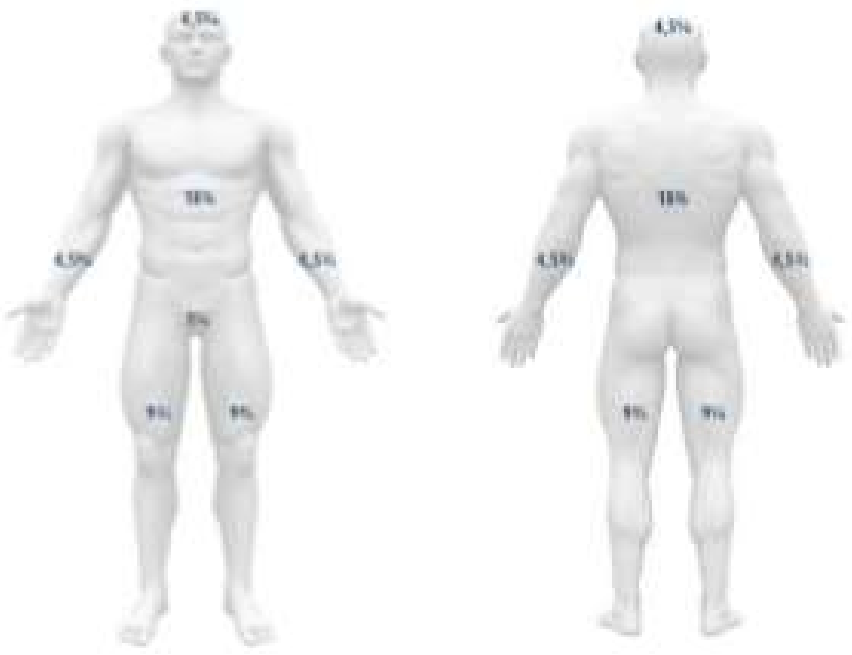
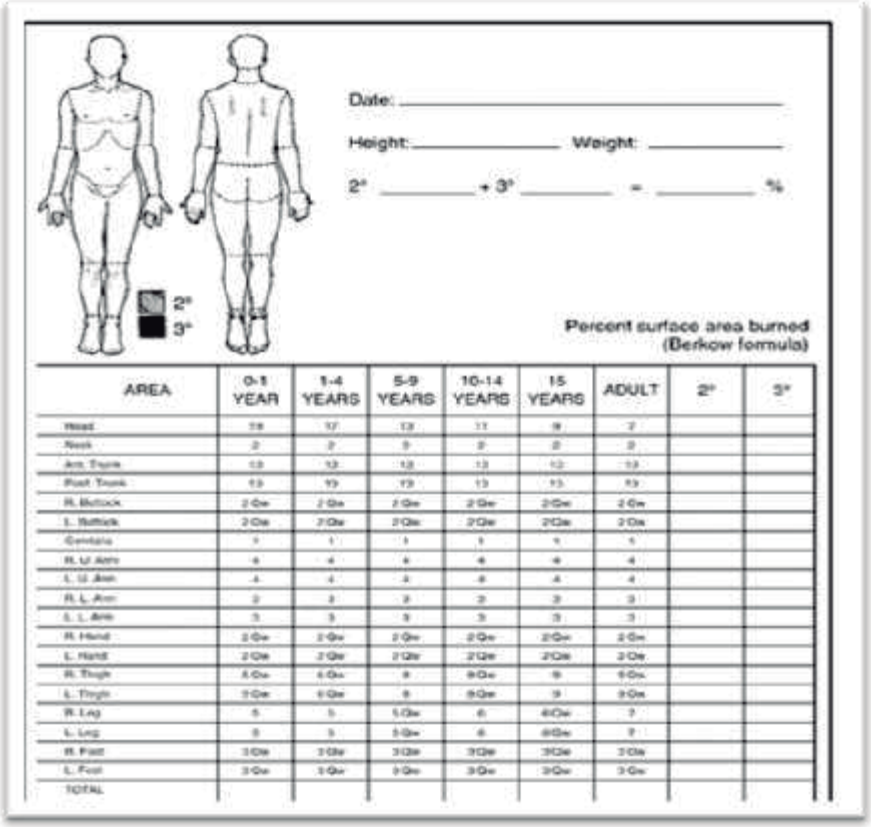


Ilustração 1: Estimativa da Queimadura do Adulto - Regra dos Nove de Wallace)

O método mais preciso e aceitável para determinar a percentagem da queimadura é o Método de Lund-Browder, uma vez que considera as proporções do corpo em relação à idade e ao crescimento (Ilustração 2) (Urden, 2008 e Pinho, 2014).

Este método é fortemente recomendado para crianças com idade inferior a dez anos, uma vez que faz a correção para as superfícies mais pequenas dos membros inferiores.



AREA	0-1 YEAR	1-4 YEARS	5-9 YEARS	10-14 YEARS	15 YEARS	ADULT	2°	3°
Head	19	17	13	11	9	7		
Neck	2	2	2	2	2	2		
Ant. Trunk	13	13	13	13	13	13		
Post. Trunk	13	13	13	13	13	13		
R. Buttock	2½	2½	2½	2½	2½	2½		
L. Buttock	2½	2½	2½	2½	2½	2½		
Genitalia	1	1	1	1	1	1		
R. U. Arm	4	4	4	4	4	4		
L. U. Arm	4	4	4	4	4	4		
R. L. Arm	3	3	3	3	3	3		
L. L. Arm	3	3	3	3	3	3		
R. Hand	2½	2½	2½	2½	2½	2½		
L. Hand	2½	2½	2½	2½	2½	2½		
R. Thigh	4½	4½	4	4½	4	4½		
L. Thigh	4½	4½	4	4½	4	4½		
R. Leg	5	5	5½	6	6½	7		
L. Leg	5	5	5½	6	6½	7		
R. Foot	3½	3½	3½	3½	3½	3½		
L. Foot	3½	3½	3½	3½	3½	3½		
TOTAL								

Ilustração 2: Grelha de Estimativa de Queimaduras de Lund and Browder

Segundo Teniz (2011), referido por Pais (2012) existem outros fatores importantes a considerar na classificação das queimaduras, nomeadamente:

- **A idade** - as crianças e os idosos estão mais propensos a complicações com a queimadura. Com o avançar da idade a pele atrofia, a circulação torna-se lenta, as reservas fisiológicas e os mecanismos de defesa diminuem, o que contribui para a gravidade das queimaduras nos idosos. Os autores consultados referem ainda que são as crianças as mais afetadas por queimaduras, alcançando em alguns estudos metade da casuística. Logo, a idade constitui um importante fator de risco na aquisição de lesões graves por queimadura.

- **O género** – segundo George et al. (2005) referido por Martinho (2008), a literatura clínica dos últimos 20 anos, comprova que os indivíduos do sexo masculino ostentam vantagem na sobrevivência após lesão térmica. Vários estudos identificaram o "sexo feminino" como um fator de risco para a taxa de mortalidade.

- **Os antecedentes pessoais/ patologias associadas** - a história clínica do doente é fulcral, uma vez que os antecedentes patológicos (ex: diabetes, tensão arterial alta, doenças renais ou respiratórias) podem agravar a situação clínica.

- **A área de residência** – vários estudos demonstram que as áreas rurais e as populações de baixos recursos de grandes cidades possuem os índices de mortalidade mais elevados (Fritsch e Yurko, 2003, referidos por Martinho, 2008). Um estudo efetuado em França demonstrou que as caraterísticas demográficas da população rural diferem das da população urbana. Verificou-se que as queimaduras ocorriam mais frequentemente e com maior gravidade no meio rural, onde a população tendencionalmente é mais idosa, com menor nível de ensino/ educação e socioeconomicamente mais pobre. Revelando assim, que é fulcral uma adequada prevenção direcionada à população rural. (Vidal-Trecan et al, 2000, referidos por Martinho, 2008).

- **A etiologia da queimadura** – as causas das queimaduras podem ser variáveis, pelo que as lesões classificam-se segundo os agentes causais como: térmicas (relacionado com a exposição ao calor ou o frio; a exemplo da queimadura por líquidos quentes, vapor aquecido, objetos aquecidos, chamas, ou por contato prolongado com gelo); de fricção (abrasão da pele, exemplo dos acidentes de viação / motociclos); elétricas (provocadas por correntes elétricas de alta voltagem - rede de alta tensão ou raios, ou de baixa voltagem- 220v, são responsáveis por três a quatro por cento das admissões em unidades de queimados e, apesar da sua baixa incidência, são de extrema gravidade); radiações ionizantes (causadas por radiação solar, raio x e rádio isótopos) e agentes químicos (resultam da ação de ácidos ou alcalis sobre as proteínas das células e causam lesão tecidual até serem inativadas. Incluem-se as queimaduras provocadas por animais como a medusa e anfíbios, e por vegetais a exemplo das urtigas) (Guerra, 2011 e Martinho,2008).

- **A localização da lesão** - a localização de uma queimadura em áreas corporais específicas, como a face, as mãos, os pés, e os genitais; pode torná-la mais grave. As "queimaduras circulares", que contornam os membros superiores e inferiores, ou mesmo o tórax, colocam em risco os membros e o tronco por falta de circulação sanguínea.

- **A existência de lesão por inalação** - quando subsiste intoxicação por inalação de "fumo", o doente apresenta complicações respiratórias que complicam e atrasam o processo de recuperação.

5. GRAU DE GRAVIDADE E CRITÉRIOS DE INTERNAMENTO EM UNIDADE DE QUEIMADOS

As queimaduras são potencialmente fatais em consequência da combinação da gravidade com a área de superfície corporal queimada, podendo originar complicações que exigem cuidados de emergência. Identificam-se como complicações potencialmente fatais das queimaduras: o choque hipovolémico, resultante da perda de líquido através das lesões; o efeito osmótico do tecido morto; a perda de proteínas plasmáticas a partir de vasos sanguíneos lesionados; a lesão das vias respiratórias e dos pulmões decorrentes do calor e das toxinas inaladas e que podem levar ao desenvolvimento da Síndrome de Angústia Respiratória Aguda (SARA) e a infeção da queimadura (Irion, 2012 referido por Pinho, 2014).

Nesta perspetiva de gravidade, a vítima de queimadura pode ser classificada como pequeno queimado, médio queimado ou grande queimado (Aguiar, 2013).

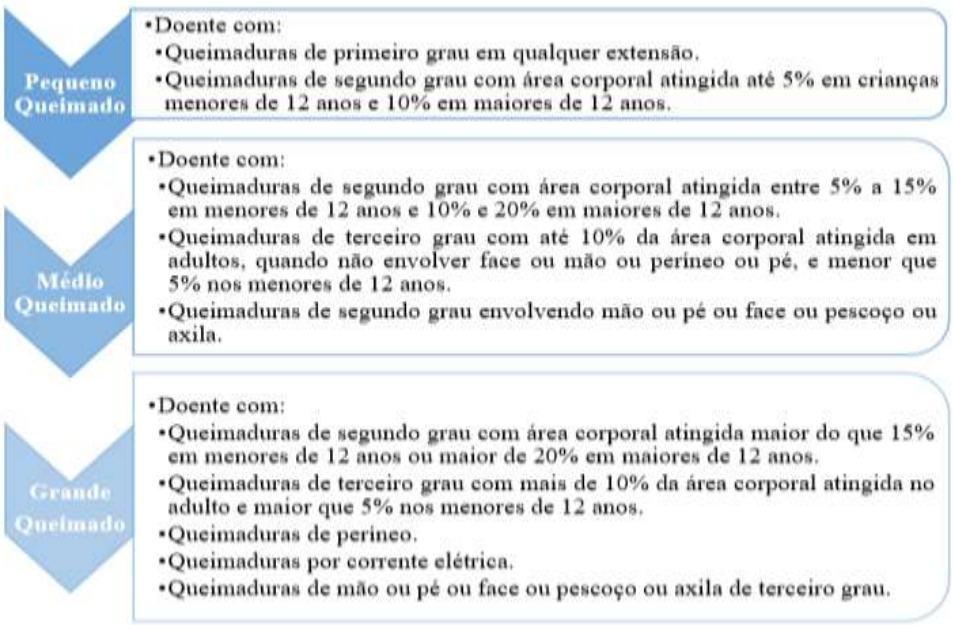


Ilustração 3: Classificação do doente queimado, segundo o grau de gravidade.

Piccolo (2008) referido por Aguiar (2013) acrescenta ainda que é considerado como "grande queimado" o doente com queimadura de qualquer extensão, que tenha associada uma ou mais das seguintes situações: lesão inalatória, politrauma, traumatismo craneo-encefálico, choque de qualquer origem, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, diabetes, distúrbios da coagulação, embolia pulmonar, enfarte agudo do miocárdio, quadros infeciosos graves decorrentes ou não da queimadura, síndrome compartimental ou qualquer outra afeção que possa ser fator de complicação à queimadura.

O doente gravemente queimado insere-se na classificação de doente crítico pelo seu quadro fisiopatológico muito grave, caraterizado por enorme instabilidade hemodinâmica, hidroeletrolítica, metabólica e psicológica, com risco de vida se não for atempadamente corrigido, pelo que estes doentes carecem de cuidados especializados e diferenciados (Gomes, Serra & Pellon, 1997 referidos por Pais, 2012).

Neste sentido, a American Burn Association, defende que as vítimas de queimaduras graves devem ser tratadas num centro de tratamento de queimados (serviço hospitalar organizado para o integral e completo tratamento do doente com queimaduras) ou num serviço com experiência em cuidados aos queimados (Pais, 2012 e DGS, 2012).

O internamento e a admissão de doentes num centro de tratamento de queimados obriga a uma seleção ponderada, estando limitada por determinados critérios, uma vez que o ratio de camas nestas unidades é limitado (Mlcak et al., 2002, referido por Guerra, 2011). Os critérios de referenciação e internamento de doentes nestes centros são definidos em Portugal pela DGS na norma 022/2012, atualizada em 07/2017.

Devem assim ser referenciados com nível de Evidência A, para os centros de tratamento de queimados imediatamente após os cuidados de urgência, o doente na(s) seguinte(s) situação(ões):

- Idade inferior a 5 anos e superior a 65 anos;
- Queimaduras em mais de 10% da superfície corporal;
- Queimaduras superficial de espessura parcial (antigo 2º grau) superiores a 5% em lactentes (centro de tratamento de queimados pediátricos);
- Queimaduras profundas de espessura parcial (antigo 3º grau) em mais de 2% da superfície corporal;

- Queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, mãos e pés;
- Queimaduras circulares do tórax e/ou membros;
- Queimaduras 3º grau em qualquer grupo etário;
- Queimaduras elétricas;
- Queimaduras químicas;
- Carboxihemoglobina superior a 10%;
- Queimaduras com lesões associadas;
- Inalação de fumo e/ou substâncias tóxicas;
- Traumatismo crânio-encefálico;
- Traumatismo músculo-esquelético;
- Queimaduras com doenças associadas: Diabetes mellitus, doença hepática; doença renal; doença cardíaca; doença psiquiátrica e/ou neurológica; neoplasias e situações de imunodepressão.
- Suspeita de lesão por maus tratos;
- Necrose epidermólise tóxica (síndrome de Lyell);
- As queimaduras sem cicatrização entre o 10º - 14º dia;
- Os doentes com cicatrizes, de alguns meses, após uma queimadura;
- Queimaduras em doentes que irão requerer intervenção social, emocional ou de reabilitação.

Os centros de tratamento de queimados em Portugal, segundo a DGS, Norma 024/2012, atualizada em 07/2017; devem possuir entre outras particularidades, dotação de unidade de cuidados intensivos, com elevado e especializado nível de experiência no tratamento de queimados, existindo pelo menos cinco camas para adultos e três camas para crianças. É igualmente recomendado a existência de uma relação mínima de duas camas de intermédios por cada cama de cuidados intensivos. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm como requisito obrigatório possuírem conhecimentos específicos e diferenciados nos cuidados ao doente queimado.

6. TRATAMENTO DAS QUEIMADURAS

Os progressos comprovados na prevenção, tratamento e recuperação de situações de queimadura são ainda exíguos quando refletimos nas repercussões desta situação patológica na qualidade de vida dos indivíduos. O tratamento do doente queimado é multidisciplinar e cada área de atuação tem extrema importância, exigindo dos profissionais de saúde conhecimento e dedicação. Este deve ser planificado atendendo à extensão e profundidade da queimadura, pelo risco de morte e complicações, particularmente na área dos pensos, controlo da infeção e monitorização dos sinais vitais (Pais, 2012 e Aguiar, 2013).

Os objetivos do cuidado ao doente com queimadura reside em salvar a vida, minimizar a incapacidade e preparar o doente para os cuidados definitivos. Segundo Urden (2008, p.1074) a *"lesão pode envolver múltiplos sistemas orgânicos e a abordagem tem de ser expedita e metódica no identificar dos problemas e estabelecer as prioridades para os cuidados."*

Os cuidados ao doente com queimadura compreendem três estádios, com base nas alterações patológicas presentes. O período de ressuscitação é o primeiro estádio e abrange o acidente até 48h após a queimadura. O segundo estádio, que pode durar entre três dias a meses, corresponde à fase aguda, a qual se inicia com a resolução do desvio de líquidos e prossegue até ao encerramento das feridas. Em alguns serviços esta fase prolonga-se até às feridas estarem limitadas a uma área inferior a 10% da superfície corporal. O último estádio, a reabilitação tem uma duração de anos, e raramente é da competência da enfermeira de cuidados intensivos, embora a reabilitação precoce se inicie na unidade, com o ensino ao doente e família (Swearingen e Keen, 2001).

Para Irion (2012) referido por Pinho (2014), o tratamento sustentado inclui o atendimento de emergência, o tratamento da dor, o desbridamento cirúrgico, e o enxerto. Os doentes com pequenas queimaduras de espessura parcial não carecem de procedimentos clínicos de emergência, apenas de analgesia e breves cuidados hospitalares ou em ambulatório para o desbridamento, realização de penso, exercícios, posicionamento, imobilização e tratamento

da cicatriz.

Nos centros de queimados, há um investimento e cuidados acrescidos no controlo e prevenção da infeção, fomentado com a utilização de material estéril em todas as abordagens ao doente, incluindo os lençóis da cama, a manutenção e controlo da temperatura ambiente, a higiene cuidadosa dos espaços comuns, quartos individuais para os doentes promovendo o isolamento e controlo das visitas, o uso de agentes antimicrobianos tópicos: sulfadiazina de prata, acetato de mafenide e nitrato de prata; uma vez que a queimadura é um excelente meio para o crescimento e proliferação bacteriana (Pais, 2012).

Os métodos de tratamento podem ser alterados no seu decurso e são definidos como agressivos e/ou conservadores. Os métodos conservadores incluem a limpeza diária com desbridamento manual dos tecidos soltos e a aplicação de substâncias tópicas. Os métodos agressivos compreendem a excisão cirúrgica, escarotomia, fasciotomia, os enxertos, e os retalhos (Martinho, 2008).

Fritsch e Yurko (2003) referidos por Martinho (2008) mencionam os seguintes métodos de tratamento à queimadura:

- aberto ou de exposição – a área queimada é limpa e exposta ao ar. É utilizado com mais frequência em queimaduras que afetam a face, pescoço e períneo. Uma vez que as bactérias proliferam, e para além da ferida existe risco de infeção;

- semiaberto – compreende a cobertura da ferida por uma camada de agente antimicrobiano tópico e uma fina camada de gaze, permitindo a passagem de exsudado através do penso, sem perda do creme antimicrobiano;

- fechado ou oclusivo – como o nome indica, o penso é fechado após a devida limpeza e desinfeção da ferida, sendo mudado consoante a necessidade do mesmo.

7. ABORDAGEM DO DOENTE QUEIMADO EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR

Como referido anteriormente, apesar dos esforços de prevenção, as queimaduras cutâneas continuam a ser frequentes na vida quotidiana. Os primeiros minutos que se seguem ao acidente implicam as pessoas que rodeiam o doente e os serviços de emergência, socorristas e bombeiros. Depois, a equipa de saúde diferenciada acionada pelo INEM tem como tarefa:

- avaliar a gravidade da queimadura consoante os critérios habituais: superfície, profundidade, localizações de risco, precisando a existência de lesões e os antecedentes da vítima;
- comunicar a avaliação clinica mais completa possível ao médico regulador;
- estabilizar o doente e evacuá-lo em segurança, com a equipa e meio de transporte adequados à situação.

Os quatro pontos essenciais da terapêutica a instituir no local do acidente são o aporte de oxigénio, o preenchimento vascular, o combate à dor e o aquecimento da vítima; sendo que a reanimação pré-hospitalar visa preservar o prognóstico vital a curto e médio prazo.

O acompanhamento diferenciado dos doentes queimados graves tem como objetivo principal a avaliação precisa dos fatores de gravidade, ao mesmo tempo que permite assegurar os primeiros gestos terapêuticos. Qualquer atraso é suscetível de comprometer as hipóteses de sobrevivência.

É útil recolher todas as informações sobre a vítima (idade, data de nascimento, peso, antecedentes médicos e terapêuticos); e fazer a anamnese completa do acidente: hora (dado importante para programar a reanimação das 24 primeiras horas), circunstâncias e mecanismos. O exame clinico, o esquema da queimadura, a avaliação em termos de superfície cutânea queimada e profundidade, as terapêuticas e os elementos de vigilância executados têm que ser registados cuidadosamente na ficha que acompanha o doente.

A avaliação e controle da dor é um aspeto fulcral no cuidado pré-hospitalar destes doentes. Recomenda-se a utilização exclusiva da via endovenosa para toda a administração de terapêutica. Por esta via os medicamentos administrados atuam de imediato e a sua ação terapêutica é mais evidente já que o doente queimado numa primeira fase encontra-se em hipovolémia e em hipometabolismo. Há também que ter em atenção as hipotensões graves geradas pela anestesia clássica e ter presente que o doente pode vomitar por causa da parésia intestinal secundária ao stresse (Echinard & Latarjet, 2012).

Contudo, "as alterações fisiopatológicas decorrentes da queimadura, como variações nos níveis de proteínas plasmáticas e alterações da concentração da água corporal total no doente queimado, *"levam a mudanças farmacodinâmicas como o comprometimento da ligação dos opióides aos seus recetores, pelo que os doentes queimados necessitam de doses maiores de opióides para atingir analgesia eficaz"* (Henrique & Silva, 2014).

Na prática, em situação pré-hospitalar, a dor contínua deve ser tratada pela imobilização estrita e por pequenas doses repetidas de μ-agonistas endovenosos: morfina (25 a 100μ g/kg) ou fentanil (0,25 a 1 μg/kg), em função da instabilidade tensional aceitável e das condições de transporte. O Paracetamol e os AINE são muitas vezes adicionados a este tratamento de base, ficando a cetamina reservada aos doentes em ventilação assistida e com forte sedação (Echinard & Latarjet, 2012).

Em suma, em função das grandes variações intra e interindividuais, as doses iniciais dos protocolos de atuação são fixadas suficientemente baixas para, em qualquer caso, não serem perigosas. No entanto, seria importante que esses mesmos protocolos previssem a possibilidade de adaptação rápida, em situações de necessidade.

A DGS, em julho de 2017, emanou uma atualização da norma 023/2012, relativa à Abordagem Pré-hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto, estipulando os princípios da abordagem a estes doentes. Para além disso, deixa claro que a implementação desta Norma nos cuidados pré-hospitalares e a emissão das diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e das direções clínicas dos hospitais.

A persecução da melhoria contínua da qualidade passa assim pela integração das novas diretivas, e pela avaliação contínua da sua execução. Sendo esta última, passível de ser

monitorizada através da aplicação de Instrumentos de Auditoria Clínica, como o proposto pela DGS no mesmo documento.

CONCLUSÃO

Apesar dos esforços de prevenção, as queimaduras cutâneas continuam a ser frequentes na vida quotidiana; e os primeiros minutos que se seguem ao acidente implicam não só as pessoas que rodeiam o doente, como também os serviços de emergência.

A realização do presente trabalho revelou-se um importante momento no decorrer do estágio em assistência pré-hospitalar, no sentido em que me possibilitou a aquisição de novos conhecimentos e posterior partilha dos mesmos com os colegas a exercer nesta área (Apêndice IIIb); assim como facultou a discussão e a troca de experiências relativas à abordagem pré- hospitalar e hospitalar ao doente queimado.

Enquanto futura enfermeira especialista e mestre em EMC, torna-se importante que desenvolva competências de identificação e resolução de problemas reais das práticas clínicas pelo que, após o estudo do protocolo de atuação existente para estes doentes, verifiquei que existiam três importantes áreas sobre as quais me poderia debruçar e que levariam ao desenvolvimento da melhoria contínua da qualidade na abordagem ao doente queimado: o controlo da dor, o controlo da infeção, e a monitorização das práticas através da realização de auditorias.

O momento da sua realização foi também pertinente, tendo em conta que os protocolos elaborados para os meios SIV encontram-se a ser revistos. A discussão das recomendações e dos procedimentos entre todos contribuiu para a consciencialização da necessidade de melhoria do mesmo, o que consequentemente levará a uma melhoria da assistência a estes doentes.

Assim, os objetivos traçados no início deste trabalho foram alcançados, e este contribuirá para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados na abordagem ao doente queimado em contexto de pré-hospitalar, tendo ficado assegurado (pelo responsável pela atualização do protocolo) que as propostas relativas à analgesia e ao controle de infeção seriam revistas, assim como seria ponderada a integração de processos de auditoria não só a este protocolo, como a outros elaborados para a assistência pré-hospitalar, de forma a monitorizar o processo de melhoria contínua.

Em suma, julgo ter procurado sempre manter os meus conhecimentos atualizados dentro do domínio da prática especializada, adquirindo competências para identificar problemas reais, apresentando soluções, e promovendo a melhoria da atuação de outros profissionais no desenvolvimento da sua atividade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, D. (2013): Assistência fisioterapêutica em queimados: uma revisão de literatura. Disponível em: <http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/19/71__AssistYncia_fisioterapYutica_em_queimados-_uma_revisYo_de_literatura.pdf>

American Burn Association (2016). Burn Incidence and Treatment in the United States: 2015. Disponível em:< http://www.ameriburn.org/resources_factsheet.php>

Costa, D.; Barros, F.; Frazão, M. e Maia, M. (2015). Pre-burn centre management of the airway in patients with face burns. Annals of Burns and Fire Disasters, 28 (4). Disponível em: <http://www.medbc.com/annals/review/vol_28/num_4/text/vol28n4p259.htm>

Cruz, B.; Cordovil, P. e Batista, K. (2012). Perfil epidemiológico de pacientes que sofreram queimaduras no Brasil: revisão de literatura. Revista Brasileira de Queimaduras, 11(4), 246-250. Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/detalhe_artigo.asp?id=130#>

Direção Geral de Saúde (2012a). Abordagem hospitalar das queimaduras em idade pediátrica e no adulto. (Norma 022/2012 atualizada a 07/2017). Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjoyLmDgp7XAhXHvBoKHdNzAnEQFggnMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fnorma-n-0222012-de-26122012-png.aspx&usg=AOvVaw0KKLAXO9hrBJgV1cY-n5nu>

Direção Geral de Saúde (2012b). Abordagem Organizacional do tratamento de queimaduras. (Norma 024/2012 atualizada a 02/12/2015). Disponível em: <https://www.dgs.pt/diretrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0242012-de-27122012.aspx>

Direção Geral de Saúde (2012c). Abordagem pré-hospitalar das queimaduras em idade pediátrica e no adulto. (Norma 023/2012 atualizada a 07/2017). Disponível em: <https://www.dgs.pt/diretrizes-da-dgs/normas-ecirculares-normativas/norma-n-0232012-de-26122012.aspx>

Galvão, E. (2015). Queimaduras. Disponível em: <http://saudeexperts.com.br/queimaduras>

Hollowed, K.; Travis, T.; Jordan, M. e Shupp, J. (2015). Benefits of an outreach education coordinator: a burn center's experience. Annals of Burns and Fire Disasters, 28 (4). Disponível em: <http://www.medbc.com/annals/review/vol_28/num_4/text/vol28n4p288.htm>

Lima, O.; Limaverde, F. e Filho, O. (s.d.). Queimados: alterações metabólicas, fisiopatologia, classificação e interseções com o tempo de jejum. Disponível em: <http://www.saj.med.br/uploaded/File/artigos/Queimados.pdf>

Martinho, A. (2008). Balneoterapia Um estudo realizado na Unidade Funcional de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra. (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra). Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9613/4/Dissertacao%20AMSum%C3%A1rio%20e%20Introdu%C3%A7%C3%A3o.pdf >

Montes, S.; Barbosa, M. e Neto, A. (2011). Aspetos clínicos e epidemiológicos de pacientes queimados internados em um Hospital de Ensino. Revista Escola Enfermagem USP, 45 (2). 369-373. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a09.pdf>

Pais, S. (2012). O doente Crítico. (Relatório de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica. Instituto de Ciências da saúde: Universidade católica portuguesa, Viseu). Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10219/1/TESE%20SONIA%20PAIS.pdf>

Pinho (2014). Guideline para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto: uma construção coletiva. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de ciências de saúde, Florianópolis). Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/129147/328315.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rodrigues, A. (2010). Relatório de Estágio na Unidade de Queimado. (Relatório de Estágio de Mestrado integrado em Medicina, Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Porto). Disponível em:
<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/50110/2/Relatrio%20de%20Estgio%20na%20Unidade %20de%20Queimados.pdf>

Sheridan, R. (2014). Queimaduras cutâneas. Disponível em: <http://portugal.bestpractice.bmj.com/bestpractice/monograph/412/basics/epidemiology.html>

Swearingen, P. e Keen, J. (2003). Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos-Intervenções de Enfermagem independentes e interdependentes. (4.ª ed.). Loures: Lusociência.

Teniz, L. (2010). Informar e Educar para prevenir: Unidade de Queimados. Disponível em: <http://www.queimados.com.pt/InternamentoHospitalar/Unidadedequeimados/tabid/73/Default.aspx>

Vale, E. (2005). Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. Anais Brasileiros de Dermatologia. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/abd/v80n1/v80n01a03.pdf>

World Health Organization (2008). Awho plan for Burn Prevention and Care. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97852/1/9789241596299_eng.pdf>

World Health Organization (2014). Burns. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/#>

APÊNDICE: Apresentação da Formação em Serviço

DOENTE QUEIMADO

Abordagem Pré-Hospitalar

Joana Vinhas

Novembro, 2017

Objectivos

- Conhecer as principais causas e os grupos de risco aonde a incidência de queimadura é superior;
- Saber avaliar a área de superfície corporal queimada;
- Conhecer a norma sistematizada da DGS de abordagem ao doente queimado;
- Identificar os critérios de internamento em Unidade de Queimados;
- Saber a informação pertinente a transmitir durante a transferência do doente e os cuidados realizados na admissão hospitalar;
- Compreender o papel do enfermeiro especialista em EMC na abordagem pré-hospitalar do doente queimado.

Conteúdos

- História do Tratamento das Queimaduras
- Dados Epidemiológicos da Queimadura
- Grupos de Risco
- Patofisiologia da Queimadura
- Avaliação a ASCQ
- Abordagem Pré-Hospitalar ao Doente Queimado
- Critérios de Internamento em Unidade de Queimados
- A Unidade de Queimados do Hospital da Prelada
  - Constituição física
  - Equipa Multidisciplinar

Conteúdos

- Informação a transmitir durante a Transferência
- Cuidados ao Doente Queimado na Admissão Hospitalar
- Estadios de Cuidados ao Doente Queimado
- Considerações Finais
- Papel do Enfermeiro Especialista na Abordagem Pré-Hospitalar do Doente Queimado
  - Fazendo a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas
  - Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação critica e/ou falência orgânica
  - Avaliando a qualidade dos Cuidados de Enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado

História do Tratamento das Queimaduras

- As queimaduras são tão antigas como o Homem.
- A dor era o sintoma que mais os preocupava. Hipócrates (430 a.C.) propunha para o alívio da dor unguentos em que se misturavam resina com barro e gordura derretida de carneiro velho.
- Em 1597, Tagliacozzi, Professor de Anatomia de Bolonha, indicava nos seus trabalhos escritos, a possibilidade de tratar os queimados com enxertos de pele.
- Dois séculos mais tarde, Van Swieten (sec. XVIII), defendia como tratamento por excelência destes doentes a sangria e a purga até à síncope. Como é óbvio, todos os doentes morriam em choque e infetados.
- Em 1832, Dupuytren muda o rumo do estudo científico das queimaduras, recomendando o uso de substâncias oleosas para o seu tratamento.

História do Tratamento das Queimaduras

- Só com a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), em que apareceu um elevado número de queimados, é que o tratamento e prognóstico destes doentes começou a melhorar.
- Começa-se a compreender a necessidade de isolar o queimado em salas especiais, já que as suas caraterísticas o definiam como um doente em conflito, tanto no aspeto somático como psíquico.
- Seguidamente começam a dotar-se estas salas de aparelhos de cuidados intensivos, para controlar com maior efetividade os parâmetros biológicos destes doentes.
- A aquisição seguinte foi uma sofisticação dos meios para assegurar a melhor assepsia.
- Por fim, chegámos ao estado atual de Serviços de Cuidados Intensivos altamente diferenciados, constituídos por uma série de unidades independentes para cada doente, sendo o controlo dos doentes por monitorização e visualização através de televisão, em circuito fechado.

"Apesar da sua frequência, a longo de milénios as queimaduras não passavam de uma ladainha de mortos, de dores, de mau cheiro, de feridas que se arrastavam, de cicatrizes, e deformidades; a situação hoje já não é a mesma, mas é preciso não esquecer as pesadas contrapartidas físicas, morais e relacionais deste traumatismo para numerosos doentes e as dificuldades encontradas pelas equipas de cuidadores."

Dhennin, 2012

Incêndios fizeram 9 mortos em 2013, o pior dos últimos 8 anos para os bombeiros

Número de mortos dos incêndios aumenta de forma dramática

Já há números a apontar para mais de 20, mas oficialmente já são 10

FRANCISCO JOSÉ CARDOSO / PORTUGAL / 16 OUT 2017 / 09:00 H.

Dados Epidemiológicos da Queimadura

"As lesões por queimadura estão entre as condições mais devastadoras encontradas na medicina. As grandes queimaduras não se limitam às lesões imediatas dos doentes, mas causam lesões físicas e psicológicas que se repercutem por toda a vida"

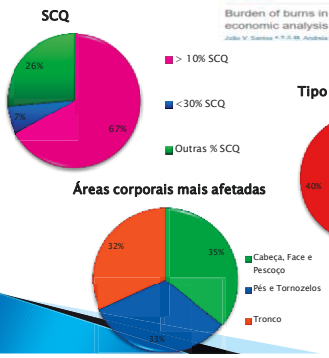
(Hettiaratchy & Dziewulski, 2004 referenciados por Martinho, 2008)

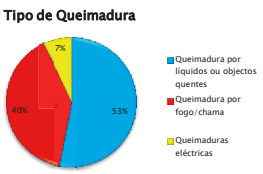
Causa major de trauma e morte a nível mundial:

- EUA – 2 a 3 milhões/ano - 6000 mortes
- Reino Unido – 250 000/ano - 300 mortes
- **Portugal – 1889/ano**

Só em 2013, foram gastos mais de 12 milhões de euros, numa média de 8.032 euros por doente.

Dados Epidemiológicos da Queimadura





Grupos de Risco

Patofisiologia da Queimadura

Resposta Local:

A – Zona de Coagulação (área de destruição irreversível)
B – Zona de Estase (área circundante, de perfusão diminuída, mas que ainda pode ser resgatada)
C – Zona de Hiperémia (área mais periférica)

- O objetivo principal da reposição da volémia no queimado é assegurar a perfusão das áreas em risco e impedir que a lesão se torne irreversível.
- A ressuscitação inadequada resulta na diminuição do fluxo sanguíneo na **zona de estase**, conduzindo à necrose da mesma e ao alargamento da lesão tecidular.

Patofisiologia da Queimadura

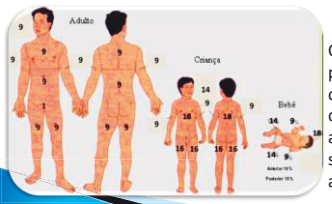
Resposta Sistémica:

- Ocorre quando a queimadura atinge 30% ou mais da área de superfície corporal.
  - ✓ Perda da função barreira da pele
  - ✓ Perda de fluidos
  - ✓ Libertação de citocinas e outros mediadores vasoativos (complemento, ác. araquidónico, IL-1 e TNF)
  - ✓ Hipermetabolismo (taxa metabólica aumenta até 3x)
  - ✓ Diminuição da resistência à infeção.

Avaliação da ASCQ

Quanto à Extensão

A Regra dos Nove de Wallace é uma maneira rápida para estimar a extensão das queimaduras, apesar de subjetiva.



O método da palma da mão pode ser utilizado para o cálculo de superfícies corporais de pouca extensão ou que atinjam apenas partes de segmentos corporais. Equivale a 1% da SCQ.

Avaliação da ASCQ

Quanto à Extensão

Ter em atenção áreas nobres/queimaduras especiais:

- Olhos, orelhas, face, pescoço, mão, pé, região inguinal, grandes articulações (ombro, axila, cotovelo, punho, articulação coxofemural, joelho e tornozelo) e órgãos genitais, bem como queimaduras profundas que atinjam estruturas profundas como ossos, músculos, nervos e/ou vasos desvitalizados.

Avaliação da ASCQ

Quanto à Profundidade

Degree of Burn	1st Degree	2nd Degree Partial Thickness	2nd Degree Deep Burns	3rd Degree	4th Degree
Involvement	Epidermis	Epidermis + Dermis	E+ D	E+D+Subcut tissue	E+D+S+muscles , tendons & bone
Appearance					
Symptoms & Signs	Pain ++	Pain ++++	Painful -less severe	Painless,insensitive, Severe Edema	No Edema
Healing	3-5 days , spontaneous No Scarring	2 weeks, min scarring, minimal discolouration	2-6 weeks Hypertrophic scarring / formation of contractures	No spontaneous healing	No spontaneous healing

Fonte: https://pricebenowitz.com/dc-injury/burn-injury-degree-categories

Avaliação da ASCQ

Quanto à Profundidade

Na prática: distinguir SIMPLESMENTE:

- **As queimaduras superficiais -** caraterizadas por dores intensas, flitenas, descoloração epidérmica, exsudado, tecidos flexíveis, vascularizados e edemaciados.
- **As queimaduras profundas -** caraterizadas pela insensibilidade, aspeto menos exsudativo, textura endurecida ou mesmo cartonada cuja coloração é insensível à pressão; as faneras não aderentes atestam a profundidade.

Abordagem Pré-Hospitalar ao Doente Queimado

Vigilância Primária **ABCDEF**

NORMA

A - Manutenção da via aérea com controlo da coluna cervical;
B - Ventilação;
C - Circulação com controlo hemorrágico e acesso venoso;
D - Verificação do estado de consciência;
E - Exame da vítima com despiste de lesões associadas;
F - Fluidoterapia quantificada pela fórmula de Parkland* e fórmula de Brook modificada (nas crianças).

Abordagem Pré-Hospitalar ao Doente Queimado

Vigilância Secundária

AMPLE

NORMA

NÚMERO: 023/2012
DATA: 26/12/2012
ATUALIZAÇÃO: 13/07/2017
ASSUNTO: Abordagem Pré-hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto

A - Alergias (Allergies)
M - Medicação habitual (Medications)
P - Antecedentes clínicos (Past Medical History)
L - Hora da última refeição ou bebida (Last meal or drinck)
E - Causa da queimadura (Events preceding injury).

Abordagem Pré-Hospitalar ao Doente Queimado

Em todas as situações

a) A todas as pessoas com queimaduras extensas, deve ser administrado oxigénio a 100% humidificado por máscara facial, mesmo que não apresentem sinais óbvios de dificuldade respiratória (Nível de evidencia A, Grau de Recomendação I)[14,19,20];

b) Deve ser removido o vestuário não aderente, adereços e adornos mas não deve ser removido quando apresenta vestígios de alcatrão[14,18,19,21,22];

c) Se suspeitar de lesão cervical ou da coluna vertebral, imobilizar a pessoa (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)[23];

d) No caso de queimaduras causadas pelo frio ou escaldões recorra a irrigação imediata em água corrente (8 a 15 graus C) durante pelo menos 20 minutos (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)[9,23-32];

e) Nas queimaduras químicas deve ser, igualmente, realizada a irrigação com água corrente, à exceção das queimaduras por cal viva (quarto algoritmo) (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)[32-54];

Abordagem Pré-Hospitalar ao Doente Queimado

Em todas as situações

f) Para parar o processo da queimadura considerar a utilização de água até 15 graus Celsius (morna) durante cerca de 15/20 minutos, iniciando sempre o arrefecimento com água e nunca utilizar gelo[55];

g) Se tiver havido um atraso no início do arrefecimento, este ainda deve ser iniciado até três horas após a queimadura[56];

h) Cremes tópicos ou qualquer outro apósito não devem ser aplicados dado que podem interferir com a avaliação posterior[5,57];

i) Após o arrefecimento, devem ser cobertas as queimaduras com um lençol limpo ou esterilizado, compressas húmidas esterilizadas, ou uma manta isotérmica que pode ser utilizada como cobertura temporária antes da avaliação (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)[14];

j) Deve ser evitada a hipotermia, mantendo a pessoa queimada normotérmica (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)[14,19];

Abordagem Pré-Hospitalar ao Doente Queimado

4. A intubação endotraqueal deve ser considerada nas seguintes situações (segundo algoritmo) (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I)[15,17,18,57,58]:

a) Pessoas em coma;

b) Insuficiência respiratória;

c) Índice de Clark > 2 (Anexol)[57];

d) Inalação por monóxido de carbono;

e) Persistência de $SaO_2 \leq 90$ %, apesar de suplementação de oxigenoterapia;

f) Queimaduras cutâneas *major* ou com área ≥ 40%;

g) Queimaduras circunferenciais do tórax;

h) Estimativa de demora no transporte até ao centro de queimadas.

Índice de Clark[42]

Critério	Pontuação
Espaço Fechado	1
Dispneia	1
Alteração de Consciência	1
Rouquidão	1
Queimadura Facial	1
Expetoração Carbonácea	1
Fervores/Alterações da Auscultação	1
Total	**7**

Abordagem Pré-Hospitalar ao Doente Queimado

5. Em toda a pessoa queimada, a monitorização hemodinâmica dos seguintes parâmetros deve ser iniciada nos primeiros cuidados, o mais precocemente possível (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I) (primeiro algoritmo)[14,17,19,58]:

a) Débito urinário;

b) Frequência cardíaca;

c) Estado de consciência;

d) Saturação de Oxigénio;

e) Pressão Arterial.

O que Monitorizar?

Abordagem Pré-Hospitalar ao Doente Queimado

a) Débito urinário;

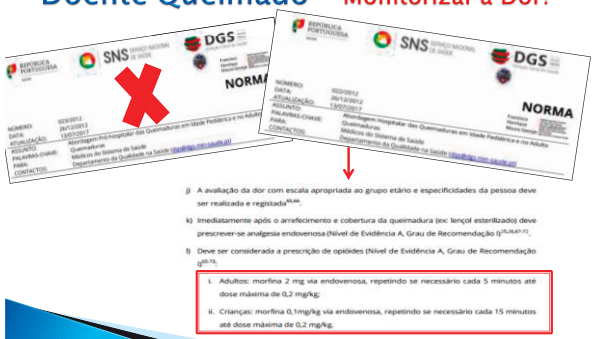
b) Frequência cardíaca;

c) Estado de consciência;

d) Saturação de Oxigénio;

e) Pressão Arterial.

Abordagem Pré-Hospitalar ao Doente Queimado – Monitorizar a Dor?



Abordagem Pré-Hospitalar ao Doente Queimado – Controle da Dor?

FENTANIL VS MORFINA

O Fentanil tem potencial analgésico 100x superior à Morfina

"Alterações fisiopatológicas decorrentes da queimadura, como variações nos níveis de proteínas plasmáticas e alterações da concentração da água corporal total no paciente queimado, levam a mudanças farmacodinâmicas como comprometimento da ligação dos opioides aos seus recetores, por isso, os pacientes queimados necessitam de doses maiores de opioides para atingir analgesia eficaz."

Henrique & Silva, 2014

"No pré-hospitalar a dor contínua deve ser tratada por pequenas doses de μ-agonistas intravenosos: morfina (25 a 100μ g/kg) ou fentanil (0,25 a 1 μg/kg), em função da instabilidade tensional aceitável e das condições de transporte."

Echinard & Latarjet, 2012

Abordagem Pré-Hospitalar ao Doente Queimado

Preparar o Transporte…

6. Deve ser transportada/transferida a pessoa com queimadura para um serviço de urgência após avaliação e intervenção, adequadas, de acordo com a situação (terceiro algoritmo) (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação I) [14,18,21,59,60]:
   a) Vigilância primária e secundária;
   b) Acesso venoso (sempre que possível);
   c) Intubação nasogástrica em pessoas com vómitos ou em todas as pessoas transportadas por via aérea;
   d) Restrição da via oral;
   e) Informação clínica;
   f) Contacto prévio com hospital;
   g) Registo de áreas queimadas.

Critérios de Internamento em Unidade de Queimados

- Idade inferior a 5 anos e superior a 65 anos;
- Queimaduras em mais de 10% da superfície corporal;
- Queimaduras superficial de espessura parcial (antigo 2º grau) superiores a 5% em lactentes (centro de tratamento de queimados pediátricos);
- Queimaduras profundas de espessura parcial (antigo 3º grau) em mais de 2% da superfície corporal;
- Queimaduras da face, pescoço, tórax, períneo, mãos e pés;
- Queimaduras circulares do tórax e/ou membros;
- Queimaduras 3º grau em qualquer grupo etário;
- Queimaduras elétricas;
- Queimaduras químicas;

Critérios de Internamento em Unidade de Queimados

- Carboxihemoglobina superior a 10%;
- Queimaduras com lesões associadas;
- Inalação de fumo e/ou substâncias tóxicas;
- Traumatismo crânio-encefálico;
- Traumatismo músculo-esquelético;
- Queimaduras com doenças associadas: DM, doença hepática; doença renal; doença cardíaca; doença psiquiátrica e/ou neurológica; neoplasias e situações de imunodepressão;
- Suspeita de lesão por maus tratos;
- Necrose epidermólise tóxica (síndrome de Lyell);
- As queimaduras sem cicatrização entre o 10º - 14º dia;
- Queimaduras em doentes que irão requerer intervenção social, emocional ou de reabilitação.

A Unidade de Queimados do Hospital da Prelada

Constituição física:

- 8 Unidades Individuais (6 das quais para Doentes Queimados), com:
  - Monitorização Hemodinâmica Invasiva.
  - Ventilação Mecânica Invasiva
  - WC privado.
- Sala cirúrgica e de balneoterapia;
- Sala de Trabalho;
- Sala de Esterilizados;
- Aprovisionamento;
- Copa.

Temperatura Ambiente Monitorizada 25-29ºC

Equipa Multidisciplinar de Cuidados ao Doente Queimado

Equipa Médica de Especialidade em Cirurgia Plástica;

Médica Intensivista;

Equipa de Enfermagem;

Assistentes Operacionais;

Psicóloga;

Nutricionista;

Fisioterapeutas;

Psiquiatra;

Apoio de outras especialidades, quando necessário

Informação a Recolher durante a Transferência

- Mecanismo exato do acidente (agente)
  - Liquido a ferver (tipo de líquido)
  - Chamas
  - Elétrico (acidente doméstico ou industrial, voltagem)
  - Químico (nome do produto, pH)
- Tipo de exposição (contato, ambiente fechado),
- Risco concomitante de ferida (explosão, queda…),
- Acidente voluntário,
- Hora exata do acidente,
- Primeiros sintomas observados,
- Primeiros socorros realizados,
- Fluidoterapia e terapêutica realizadas até ao momento.

Cuidados ao Doente Queimado na Admissão Hospitalar

- Preparação da Unidade com roupa esterilizada;
- Transferência do doente para maca de trolley ou cama (de acordo com a gravidade do mesmo);
- Estabilização ventilatória e hemodinâmica;
- Preparação do doente para Balneoterapia;
- Avaliação e tratamento da(s) queimadura(s) e definição do plano de penso;
- Adequação de analgesia;
- Plano de fluidoterapia e objetivos;
- Colheita de sangue para análises várias (e outras, se aplicável);
- Solicitada realização de RX e ECG;
- Estabelecimento do plano nutricional.

Estadios de Cuidados ao Doente Queimado

1 — 1º Estadio

- O período de ressuscitação é o primeiro estadio e abrange o acidente até 48h após a queimadura.

2 — 2º Estadio

- O segundo estadio, que pode durar entre três dias a meses, corresponde à fase aguda, a qual se inicia com a resolução do desvio de líquidos e prossegue até ao encerramento das feridas.

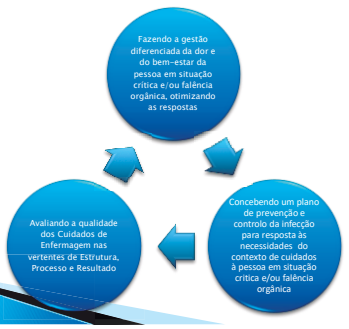
3 — 3º Estadio

- O último estadio, a reabilitação, tem uma duração de anos e raramente é da competência da enfermeira de cuidados intensivos; embora a reabilitação precoce se inicie na unidade, com o ensino ao doente e família.

Considerações Finais:

- A gravidade de uma queimadura é determinada pela área da SCQ e pela profundidade da queimadura. A mortalidade por queimadura está diretamente relacionada com a idade da vítima e com a extensão da lesão.
- O doente queimado em mais de 15% da ASC em adultos ou mais de 10% em crianças, tem de ser submetido a **ressuscitação adequada.**
- Os quatro pontos essenciais da terapêutica a instituir no local do acidente são o aporte de oxigénio, o preenchimento vascular, o combate à dor, e o aquecimento da vítima.
- As primeiras 8h pós-queimadura são as mais importantes na recuperação do edema inicial e subsequente choque hipovolémico que se forma imediatamente após a queimadura. A primeira abordagem da pessoa queimada condiciona desta forma a evolução e o prognóstico destes doentes.
- Os objetivos do cuidado ao doente com queimadura reside em salvar a vida, minimizar a incapacidade e preparar o doente para os cuidados definitivos.

De que forma o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica poderá melhorar a Assistência Pré-hospitalar ao Doente Queimado?



1. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas

- Evidência: A gestão da dor na pessoa vítima de queimadura é muitas vezes inadequada.
- Problema: Ausência de normas ou guidelines para analgesia do doente queimado & insuficiência da investigação no domínio da dor do queimado.
- Sugestão: Criação e implementação de protocolos flexíveis que permitam o ajustamento rápido dos tratamentos farmacológicos, face à grande variabilidade e consoante os estádios de evolução das lesões. Integração de novos fármacos no protocolo SIV?

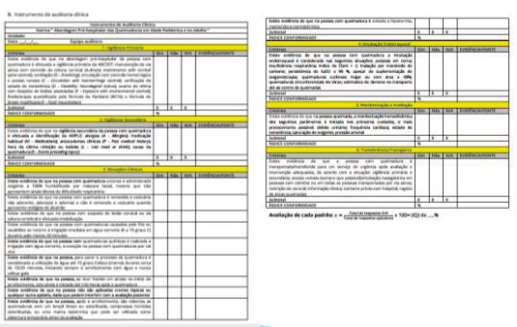
2. Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação critica e/ou falência orgânica

- Evidência: O doente queimado tem uma maior suscetibilidade à infeção e à falência multiorgânica, no contexto de septicémia.
- Problema: A assistência pré-hospitalar desenvolve-se em ambiente não controlado.
- Sugestão: _____
_____
_____
_____

3. Avalia a qualidade dos Cuidados de Enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado

- Evidência: Ausência de processos de auditoria à prática.
- Problema: A ausência de auditoria não permite verificar o grau de conformidade e manutenção do sistema de gestão da qualidade.
- Sugestão: Criação de um instrumento de auditoria, baseada na grelha disponibilizada pela norma 023/2012 da DGS relativa à Abordagem Pré-Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto; com a aplicação de um instrumento de avaliação de resultado. Dessa forma seria possível planear um programa de melhoria continua, identificando oportunidades e prioridades de melhoria.

3. Avalia a qualidade dos Cuidados de Enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado



Bibliografia

- Amaral, T. (2015). Suporte Avançado de Vida em Queimados - Manual de Curso, 1ª Edição. Lisboa
- American Burn Association (2016). Burn Incidence and Treatment in the United States: 2015. Disponível em https://www.ameriburn.org/resources_factsheet.php
- Direção Geral de Saúde (2017). Abordagem hospitalar das queimaduras em idade pediátrica e no adulto. (Norma 022/2012 atualizada a 13/07/2017). Disponível em https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/...e.../norma-n-0222012-de-26122012-png.aspx
- Direção Geral de Saúde (2017). Abordagem pré-hospitalar das queimaduras em idade pediátrica e no adulto. (Norma 023/2012 atualizada a 13/07/2017). Disponível em https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/...e.../norma-n-0232012-de-26122012-png.aspx
- Echinard, C; Latarjet, J (2012). Queimaduras. Lusociência, Loures.
- Lima, O.; Limaverde, F. e Filho, O. (s.d.). Queimados: alterações metabólicas, fisiopatologia, classificação e interseções com o tempo de jejum. Disponível em https://www.saj.med.br/uploaded/File/artigos/Queimados.pdf
- Martinho, A. (2008). Balneoterapia Um estudo realizado na Unidade Funcional de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra. (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra). Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9613/4/Dissertacao%20AMSum%C3%A1rio%20e%20Introdu%C3%A7%C3%A3o.pdf

Bibliografia

- Pinho (2014). Guideline para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto: uma construção coletiva. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de ciências de saúde, Florianópolis). Disponível em https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/129147/328315.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Regulamento nº 122/2011 de 16 de setembro. (2011). Diário da República, nº 35, II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf
- Regulamento nº 124/2011 de 16 de s50etembro. (2011). Diário da República, nº 35, II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf
- Vale, E. (2005). Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. Anais Brasileiros de Dermatologia, 80 (1). 9 -19. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/abd/v80n1/v80n01a03.pdf
- World Health Organization (2008). Awho plan for Burn Prevention and Care. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97852/1/9789241596299_eng.pdf
- World Health Organization (2014). Burns. Disponível em https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/#

Apêndice III: RECOLHA E PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES - O Papel do Enfermeiro do Serviço de Urgência

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA · PORTO

RECOLHA E PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS FORENSES

O Papel do Enfermeiro do Serviço de Urgência

Por

Joana Verónica Moreira Vinhas

Sob a orientação de Lúcia Rocha

Porto – janeiro de 2018

ÍNDICE

INTRODUÇÃO……...……...…...…131

1. O PAPEL DO ENFERMEIRO NA RECOLHA E PRESERVAÇÃO DE VESTIGIOS FORENSES NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA.....135
   1.1. PROCEDIMENTOS BÁSICOS NA RECOLHA DE VESTIGIOS....…..136
   1.2. DOCUMENTAÇÃO DA RECOLHA DE VESTÍGIOS …….....…..140

CONCLUSÃO……..……..…...…143

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.……...……..145

APÊNDICES

APÊNDICE A: "Recolha e Preservação de Vestígios Forenses no Serviço de Urgência" - Proposta de Norma de Procedimento…….....……149

APÊNDICE B: "Recolha e Preservação de Vestígios Forenses no Serviço de Urgência" – Póster ……...…….…….155

INTRODUÇÃO

As vítimas de crime de agressão voluntária ou involuntária são uma das preocupações da sociedade global que requerem um complemento de sistemas sociais que se relacionem tanto com os cuidados de saúde como com a lei, de modo a proporcionar o melhor resultado possível para o bem-estar com qualidade da pessoa, da família, e da sociedade (Lynch, 2006 referenciado por Silva, 2010). Por conseguinte, os Serviços de Urgência e/ou Emergência, sendo considerados porta de entrada para os Serviços de Saúde, devem ser capazes de providenciar assistência a estas vítimas cujo número de ocorrências tem vindo a aumentar ao longo dos anos (Lynch, 2006 referenciado por Silva, 2010).

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, constituinte do plano curricular do 10º Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto; e tem como principal objetivo a aquisição de conhecimentos e competências relacionados com a recolha e preservação de vestígios no Serviço de Urgência (SU) em pessoas vítimas de violência. A realização deste trabalho possibilitar-me-á sensibilizar os enfermeiros deste serviço acerca da importância deste procedimento e permitir-me-á elaborar uma proposta de norma de procedimento para aprovação da chefia.

Os profissionais de saúde que trabalham nos Serviços de Urgência têm como principal objetivo a assistência à pessoa prestando cuidados que visam a manutenção da vida e a promoção da saúde. No entanto, a primeira oportunidade para a recolha dessas provas ocorre muitas vezes em ambiente hospitalar, especialmente em contexto de urgência, e as condições para a recolha de vestígios forenses nem sempre são as ideais (Gonçalves, 2011).

Por esse motivo, torna-se fundamental que os enfermeiros possuam conhecimentos que lhes permitam atuar na manutenção da vida, mas também na identificação e correta preservação de vestígios (biológicos e não biológicos) encontrados no corpo da vítima e/ou agressor, que mais tarde poderão vir a ser alvo de prova pericial em Tribunal.

A palavra "vestígio", de origem latina "*vestigium"* significa: rastro, pista, pegada, sinal. No entanto, Silva (2006) define conceptualmente "vestígio" como "*Qualquer produto de agente ou evento provocador".* Esta definição torna-se mais abrangente e mais adequada às Ciências Forenses no sentido em que se refere a tudo o que está presente no local do crime.

Os vestígios são, portanto, elementos essenciais para o sucesso de uma investigação criminal. Com o intuito de se descobrir a verdade, o seu papel é decisivo para provar a culpa ou a inocência dos arguidos (Silva, 2010); pelo que, se a sua integridade ficar comprometida durante a recolha, ou se a sua preservação não for devidamente efetuada levando à sua contaminação ou destruição, a investigação poderá ficar comprometida.

A Enfermagem Forense surge como uma necessidade natural neste contexto. Em países como os Estados Unidos da América, Canadá, Inglaterra, Austrália e alguns países do Norte da Europa, a atuação do Enfermeiro Forense, de uma forma geral, inclui: o reconhecimento de pessoas de risco para situações que envolvam a Justiça; a identificação das necessidades bio-psico-sociais das vítimas, das suas famílias, da comunidade onde se inserem, e ainda dos agressores; a recolha de vestígios; a planificação e o estabelecimento de objetivos neste campo de ação; a implementação de intervenções de Enfermagem; e ainda a avaliação constante dos resultados obtidos (Silva, 2010).

Contrariamente ao que acontece em países como os supracitados, a Enfermagem Forense em Portugal é ainda pouco explorada, pois embora muitos enfermeiros assistam pessoas vítimas de violência, estes muitas vezes não possuem os conhecimentos mais adequados às reais necessidades destas (Gonçalves, 2011). Concomitantemente a esta problemática, pouco tem sido feito relativamente à estandardização de procedimentos, verificando-se uma quase inexistência de protocolos nos Serviços de Urgência, destinados ao tratamento de vestígios forenses inerentes à assistência às pessoas vítimas de violência (Gonçalves, 2011).

Tendo verificado essa situação no Serviço de Urgência aonde se realizou o estágio, decidi elaborar o presente trabalho com o objetivo de sensibilizar a equipa de enfermagem e contribuir com a divulgação de informação nesta área.

Este trabalho para além do objetivo já referido, tem também como objetivos:

- Identificar os aspetos básicos para a recolha e preservação de vestígios no serviço de urgência;
- Servir como instrumento de apoio aos cuidados e intervenções de enfermagem e;
- Alertar para a importância da correta documentação da recolha de vestígios.

A metodologia utilizada será a analítica e descritiva; sendo que após esta breve introdução será abordada a importância do papel do enfermeiro na área da recolha e preservação de vestígios nos Serviços de Urgência, serão apresentados os procedimentos básicos na recolha de vestígios, e será explanada a forma como deve ser documentada essa recolha. Terminarei procedendo à apresentação das conclusões formuladas durante a realização do trabalho e apresentarei a bibliografia utilizada para a elaboração do mesmo.

1. O PAPEL DO ENFERMEIRO NA RECOLHA E PRESERVAÇÃO DE VESTIGIOS FORENSES NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

A violência é compreendida como um problema de saúde pública e pode ser definida como *"qualquer ação intencional, perpetuada por um indivíduo, grupo, instituição, classes ou nações dirigida a outrem, que cause prejuízos, danos físicos, sociais, psicológicos e (ou) espirituais"* (Minayo, 2006).

A Direção Geral da Saúde (2016) indica três grandes categorias de violência, que correspondem às características daquele que comete o ato violento:

- Violência coletiva - inclui os atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e económicos e caracterizam o domínio de grupos e do Estado. Nesta categoria estão incluídos os crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas, os crimes de multidões, as guerras, e os processos de aniquilamento de determinados povos e nações;

- Violência auto-infligida – subdividida em comportamento suicida e auto-abuso. No primeiro caso a tipologia contempla o suicídio, a ideação suicida e as tentativas de suicídio. O conceito de auto-abuso engloba as agressões a si próprio e as automutilações;

- Violência interpessoal – subdividida em violência comunitária e violência familiar. Inclui a violência infligida pelo parceiro íntimo, o abuso infantil, e o abuso contra os idosos. Na violência comunitária incluem-se a violência juvenil, os atos aleatórios de violência, o estupro e o ataque sexual por estranhos, bem como a violência em grupos institucionais, como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos.

Os enfermeiros são frequentemente os primeiros profissionais a contactar com as vítimas que se dirigem aos mais variados serviços de saúde (Pyrek, 2006 referindo Gomes, 2016). Não raras vezes, a primeira oportunidade para a colheita de vestígios ocorre em ambiente hospitalar, especialmente em SU, sendo que o contexto dessas colheitas nem sempre é o ideal.

Assim, torna-se importante que os enfermeiros que exerçam em SU possuam sólidos conhecimentos sobre o procedimento de identificação e recolha de vestígios. A intervenção forense tem início no local do crime, pelo que se um vestígio não for preservado, pouco pode ser feito no laboratório forense para o recuperar (Lynch, 2006 referindo Silva, 2010).

Os casos médico-legais têm custos elevados na saúde, sendo uma carga enorme no sistema judicial de qualquer país (Lynch, 2006 referindo Silva, 2010). Neste sentido, se na prestação dos cuidados de enfermagem estiver presente uma formação contínua em ciências médico-legais e/ou forenses, poderemos estar a dar um passo estratégico para terminar com o ciclo de violência e de crime numa dada comunidade ou sociedade (Silva, 2010).

Toda a lesão, agressão, doença, ou morte, pode ter implicações forenses; por conseguinte, os enfermeiros a exercer em SU, com formação nesta área, podem desempenhar um papel determinante numa equipa multidisciplinar de investigação criminal. Estes não substituem ou se sobrepõem a qualquer outra disciplina, mas preenchem um vazio com as suas capacidades únicas de Enfermagem (Lynch, 2006 referindo Silva, 2010).

Nos subcapítulos seguintes, será explanado o método de como se deve proceder à recolha, preservação, e documentação de vestígios com eventual relevância forense.

1.1. PROCEDIMENTOS BÁSICOS NA RECOLHA DE VESTIGIOS

Gomes (2016, referindo Gabriel 2010), propõe uma série de procedimentos que devem ser privilegiados e outros que devem ser evitados, quando num SU o enfermeiro se encontra perante um caso com potencial interesse médico-legal. Para além disso, este refere que não deve ser esquecida a documentação dos nomes das pessoas que estiveram em contacto com a vítima durante o transporte até ao SU e a documentação do tipo de tratamento realizado.

É também fundamental que se observe tudo como se de um potencial vestígio se tratasse, não se devendo desperdiçar nenhum objeto ou elemento que se encontre presente na vítima ou no agressor, mesmo que pareça insignificante (Santos, 2013). As

roupas que contêm indícios de lesão nunca devem ser cortadas pelos locais de penetração ou rasgões, mas antes pela zona circundante; e é de notar que existe a possibilidade de nas mordeduras haver ADN do ofensor, pelo que este deve ser colhido com uma zaragatoa.

Quando se procede à limpeza de uma vítima que pode vir a ser considerada como um caso médico-legal existem alguns procedimentos que se devem ter em conta. Se possível, devem obter-se fotografias antes de proceder à limpeza. Se não for possível tirar fotografias, pode-se usar um diagrama e a narrativa para descrever a lesão e o aspeto da vítima. Para colher vestígios deve-se usar material esterilizado e, se necessário, a zaragatoa pode ser humedecida com água esterilizada ou soro fisiológico. Aconselha-se também o uso de movimentos rolantes com a zaragatoa ao invés de a esfregar. No caso de se encontrar presente conteúdo emético, este deve ser colhido para um recipiente esterilizado. Estes contentores podem ser também utilizados para recolher outros fluidos.

Caso a roupa seja removida, é recomendado o uso de sacos de papel para armazenar individualmente cada peça. Na ausência de sacos de papel, aconselha-se que se usem lençóis para envolver a roupa. Estes devem ser dobrados cuidadosamente e o lençol onde esteve deitada a vítima deve ser considerado também vestígio.

O armazenamento de vestígios nunca deve ser em sacos de plástico, pois estes permitem a passagem da luz e criam um ambiente humedecido que instiga a multiplicação bacteriana, destruindo os mesmos.

Os enfermeiros do SU que também exercem funções na assistência pré-hospitalar, aquando da assistência de vítimas de enforcamento devem, se o laço estiver presente no pescoço, primeiro tirar uma fotografia ou desenhar as características deste e documentar o lado onde o nó se encontra. Nunca se deve desfazer o nó do laço ou cortá-lo através do nó. Se a vítima estiver morta, não se deve retirar o laço. Se estiver viva e a necessidade de remover o laço for premente pode cortar-se desde que seja a cerca de 15 cm de distância do nó (nós específicos podem dar informação pertinente para a investigação criminal). Após retirar o laço este deve ser armazenado num saco de papel e identificado.

Se a presença de insetos for evidente, estes devem ser recolhidos e colocados numa solução alcoólica num contentor estéril, que deve ser datado e identificado. Se a vítima já se encontrar morta as mãos e pés devem ser envolvidos em sacos de papel para evitar a perda de vestígios (Cristal, 2009).

Por último, o autor supracitado resume as orientações que o enfermeiro na sua prática clínica pode e deve ter sempre presente:

- Obter a história completa da vítima, hora de admissão e avaliação inicial no SU;
- Usar sempre luvas e equipamento de proteção individual e analisar a vítima da cabeça aos pés;
- Colocar sempre o tratamento da pessoa em primeiro lugar;
- Nunca desperdiçar nada que possa ser considerado vestígio;
- Trocar de luvas frequentemente, para evitar a infeção cruzada;
- Todos os itens devem secar antes de serem embalados;
- Sacos, envelopes, contentores devem ser selados e deve ser colocada uma etiqueta a identificar;
- Nunca desfazer ou cortar os laços pelos nós;
- Nunca deixar a vítima ou o agressor lavar as mãos;
- Documentar sempre o que viu, ouviu e cheirou;
- Fotografar sempre que possível;
- Usar diagramas, medir, e manter anotações legíveis;
- Garantir que todos os objetos pertencentes ao utente sejam cuidadosamente removidos, e que cada item seja mantido separadamente;
- A roupa e espólio pessoal da vítima não devem ser devolvidos à família ou amigos;
- Colher o maior número possível de amostras;
- A pesquisa de vestígios em cavidades corporais apenas deve ser realizada com indicação judicial, e esta deve ser efetuada por médicos que devem ser acompanhados por uma testemunha do mesmo sexo da vítima. É importante documentar tudo e assinar;
- Se tiver que dar um testemunho, escreva-o você mesmo;
- Registar sempre que entrega um vestígio a data e o nome para quem o entregou.

Pires (2015, referindo Gomes, 2014) esquematiza o procedimento de recolha e preservação de vestígios como apresentado na seguinte tabela:

RECOLHA	Deve ser feita com cuidado e de forma a não danificar a mesma, respeitando o Princípio de Locard (1939), que refere que se pode transferir vestígios da vítima para o cuidador, do cuidador para a vítima e do local para ambos.
SECAGEM	Deve ser feita ao ar livre, mas em local seco, sendo este o método preferencial para a preservação dos vestígios húmidos. O sangue deve ser refrigerado mas não congelado. Nunca colocar os itens que contenham ADN em sacos de plásticos ou contentores fechados, pois estes podem provocar a degradação dos mesmos. O tempo ideal para secar ao ar livre é entre 20 a 30 minutos.
ROTULAGEM	Todos os vestígios devem ser identificados, rotulados e guardados de forma a manter a cadeia de custódia. Cada saco ou contentor deve ter: • Nome completo da vítima e/ou número de processo; • Idade e data de nascimento; • Breve descrição da fonte, incluindo a localização de onde foi recolhido; • Data e hora da recolha; • Iniciais ou assinatura da pessoa que recolheu e embalou o vestígio. Para evitar danificar o vestígio, o envelope deve ser escrito antes de o colocar dentro.
SELAGEM	Cada saco deve ser selado para que não se possa acrescentar ou retirar qualquer item, deve-se selar e assinar em cima do selo para garantir a cadeia de custódia.

PROCESSAMENTO	Nem todos os vestígios são processados, pois o processamento de alguns vestígios pode ser desnecessário, por exemplo nas situações em que o agressor confessa o crime. No entanto o enfermeiro deve sempre fazer a recolha, pois quem decide a validade e interesse do vestígio é o juiz.

1.2 DOCUMENTAÇÃO DA RECOLHA DE VESTÍGIOS

O enfermeiro deve garantir que os registos estão completos, legíveis e precisos, devendo constar os nomes de quem esteve em contato com a vítima durante o transporte para o serviço de urgência e o tipo de tratamento realizado. Os vestígios mais relevantes para a reconstituição do acontecimento são os registos (Santos, 2013).

Deve-se ser objetivo na documentação, o que significa que se deve documentar apenas o que vê ou ouve, sem interpretações pessoais, usando a narrativa. Podem ser usados diagramas e/ou desenhos para localizar as lesões. Deve-se medir o tamanho e descrever a forma e a coloração das lesões, o que pode auxiliar a inferir acerca do tipo de arma utilizada. Se possível, deve-se fotografar com escalas métricas e cromáticas incluídas na fotografia e, para documentar a localização das lesões deve-se usar um ponto de referência.

No caso das vítimas de enforcamento, não se deve esquecer de registar a coloração do sulco deixado pelo laço.

Gomes (2016, referindo Gabriel, 2010), acrescenta ainda que não deve ser esquecida a documentação de odores sentidos perto da vítima e/ou local do crime; e Cristal (2009), refere que todos os vestígios colhidos devem ser devidamente identificados com data, hora e descrição do seu conteúdo.

Segundo, Gomes (2014), no exame físico, os registos devem ser legíveis e o enfermeiro deve:

- ✓ Assinalar no diagrama corporal a localização e o tipo de lesões;
- ✓ Documentar a localização, tamanho e aspeto das lesões, antes da intervenção e após, se as lesões se modificarem, deve ser documentado;

- ✓ Não documentar orifícios de entrada e saída, em caso de dúvida;
- ✓ No caso de a vítima ter sido agredida por arma de fogo, documentar a presença ou ausência de resíduos de pólvora;
- ✓ Documentar o aspeto da vítima à chegada;
- ✓ Documentar odores;
- ✓ Documentar o comportamento e reações da vítima.

A fotografia é um meio útil de preservar o aspeto das lesões. Ao tirar as fotografias, o enfermeiro deve usar uma referência métrica, não esquecendo que para poder fotografar as lesões é necessário obter o consentimento da vítima. Estas devem incluir o rosto e as áreas afetadas, e devem ser guardadas com a restante informação da vítima, identificadas com o nome, data, hora, e nome do fotógrafo (Silva, 2010 referindo Lynch, 2006).

Gomes (2014) concede algumas orientações relativas à forma como se obtêm as provas fotográficas:

- Tirar as fotografias apenas quando a vítima estiver estabilizada;
- Fotografar a face e corpo da vítima;
- Fotografar a etiqueta do processo da vítima;
- Quando possível, fotografar cada ferida individualmente: a primeira fotografia é tirada para identificar a parte do corpo, a segunda próxima da lesão e a terceira próxima da lesão mas com escala;
- Fotografar lesões antes e depois de intervir;
- As fotografias devem ser tiradas num ângulo de 90º para terem melhor qualidade;
- Depois de fotografar as lesões, deve-se remover o cartão de memória e colocá-lo num envelope com identificação da vítima e fotógrafo;
- Registar nas notas de enfermagem.

CONCLUSÃO

A recolha e preservação de vestígios em pessoas vítimas de crime é um procedimento bastante diferenciado; e prevê que o enfermeiro desenvolva atitudes meticulosas para a recolha dos mesmos, assim como seja capaz de detetar e tratar as lesões de trauma em vítimas de abuso físico, emocional, sexual, ou morte, para além de prestar apoio emocional às vítimas e familiares. Examinar, reconhecer, recolher e preservar são elementos fundamentais na atuação dos enfermeiros do SU, e facilita todo o processo de constituição de provas.

Quando existe um contacto existe um rasto, e qualquer criminoso deixa algo na cena do crime e leva algo consigo. Um simples fio de cabelo humano tem uma história detalhada para contar, e pode servir de prova para a resolução de um caso.

A realização deste trabalho mostrou-se bastante satisfatória, no sentido em que me proporcionou adquirir conhecimentos e competências relacionados com a correta recolha, preservação, e documentação de vestígios; assim como me permitiu sensibilizar a equipa de enfermagem do SU aonde decorreu o estágio para a sua realização. Para além de formações informais, e como era meu objetivo, pude elaborar uma proposta de norma de procedimento relacionada com esta temática que foi apresentada à chefia para aprovação (Apêndice A). No sentido de manter o interesse e a curiosidade destes profissionais, elaborei também um póster com a esquematização de todo o procedimento, que será afixado na sala de emergência deste serviço (Apêndice B).

O processo de aquisição de conhecimentos é um desafio constante, pois implica dedicação e tempo. A aprendizagem pela análise e a confrontação da prática profissional orientada para a melhoria da qualidade na resolução de problemas reais, revelou ser uma metodologia eficaz, na medida em que é motivador, o ato de aprender para mudar/melhorar.

Assim, pretende-se que este trabalho sirva de apoio à prestação de cuidados por parte dos enfermeiros do SU, o que levará à melhoria dos cuidados prestados.

Em suma, e como seria esperado de uma enfermeira futura especialista e mestre em EMC, julgo ter adquirido competências para identificar problemas reais da prática de cuidados e dar-lhe uma resposta, procurando desenvolver o conhecimento em enfermagem, a partilha, e a formação de pares. A melhoria da atuação do enfermeiro do SU na recolha e preservação de vestígios forenses, para além de proporcionar a melhoria contínua da qualidade do próprio serviço, poderá ser decisiva para o desenrolar do trabalho de outras equipas e constituir um elemento fundamental na resolução de casos de violência e na proteção das próprias vítimas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cristal, I (2009). A Recolha de Vestígios no Local do Crime pela Investigação Criminal da GNR. (Dissertação de Mestrado em Ciências Militares – Especialidade Segurança, Academia Militar de Lisboa, Lisboa). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8082/1/Asp.%20%20Ivo%20Cristal.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2016). Violência Interpessoal, Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços De Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e.../violencia_interpessoal-pdf.aspx>

Gomes, C. (2016) Preservação dos Vestígios Forenses: Conhecimentos e Práticas dos Enfermeiros do Serviço De Urgência. (Dissertação de Mestrado em Medicina Legal, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra). Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/36819/1/DM%20Cristiana%20Gomes.pdf>

Gomes, A. (2014). Enfermagem Forense. Lidel – Edições Técnicas, Lda. Vol.1

Gonçalves, S. (2011). Vivências dos Enfermeiros na Manutenção de Provas Forenses no Serviço de Emergência. (Dissertação de Mestrado em Medicina Legal, Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto). Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57083/2/TeseSusanaGoncalves.pdf>

Minayo, S. (2006). Violência e Saúde. Rio de janeiro: Fiocruz.

Santos, C. (2013). Contributos Para a Implementação da Enfermagem Forense em Portugal. (Dissertação de Mestrado em Medicina Legal, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra). Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/26042/2/Contributos%20para%20a%

20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20da%20Enfermagem%20Forense%20em%20Portugal.pdf>

Silva, C. (2010). Os Enfermeiros e a Preservação de Vestígios perante Vítimas de Agressão Sexual, no Serviço de Urgência. (Dissertação de Mestrado em Medicina Legal, Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto). Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26910/2/Cristina%20Silva%20%20Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Medicina%20Legal%20%202010.pdf>

Silva, F. (2006) Preservação da Cadeia de Custódia em Vestígios Biológicos para fins Forenses - Caracterização da situação atual e proposta de critérios de recolha e envio de vestígios biológicos. (Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa). Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1018/1/16658_1._Inicio3.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE A: "Recolha e Preservação de Vestígios Forenses no Serviço de Urgência" - Proposta de Norma de Procedimento

SERVIÇO DE URGÊNCIA

Proposta de Norma de Procedimento: "Recolha e Preservação de Vestígios Forenses"

OBJETIVOS: Garantir a correta recolha e preservação de vestígios forenses em vítimas assistidas no Serviço de Urgência

DESTINATÁRIOS: Todos os enfermeiros que exerçam funções no Serviço de Urgência

JUSTIFICAÇÃO:

Os enfermeiros são frequentemente os primeiros profissionais a contactar com os utentes que se dirigem aos mais variados serviços de saúde (Pyrek, 2006 referenciado por Gomes, 2016), tendo muitas vezes como porta de entrada os Serviços de Urgência. Não raras vezes, a primeira oportunidade para a colheita de vestígios forenses ocorre em ambiente hospitalar, especialmente em serviço de urgência, no entanto o contexto dessas colheitas nem sempre é o ideal. Os profissionais de saúde encontram-se numa posição privilegiada que facilita e promove a identificação e recolha dos vestígios, pelo que se torna importante que os Enfermeiros do SU possuam conhecimentos sobre como preservar os vestígios com potencial cariz forense.

MATERIAL:

- Luvas;
- Máscara;
- Avental;
- Touca;
- Etiquetas autocolantes com identificação da vítima;
- Zaragatoas;
- Pinças esterilizadas não metálicas;
- Lençóis esterilizados;
- Roupa descartável (bata, cuecas);
- Envelopes / sacos de papel;
- Diagramas corporais (facilita os registos das lesões);
- Régua;
- Máquina fotográfica (pilhas/bateria).

PRINCIPIOS BÁSICOS NA RECOLHA E PRESERVAÇÃO DE VESTIGIOS

RECOLHA: A recolha dos vestígios deve ser feita com cuidado de forma a não danificar a mesma e de forma, a respeitar o Princípio de Locard (1939), que refere que se pode transferir vestígios da vítima para o cuidador, do cuidador para a vítima e do local para ambos.

SECAGEM: A secagem deve ser feita ao ar livre, mas em local seco, sendo este o método preferencial para a preservação dos vestígios húmidos. O sangue deve ser refrigerado mas não congelado. Nunca colocar os itens que contenham ADN em sacos de plásticos ou contentores fechados, pois estes podem provocar a degradação dos mesmos. O tempo ideal para secar ao ar livre é entre 20 a 30 minutos.

ROTULAGEM: Todos os vestígios devem ser identificados, rotulados e guardados de forma a manter a cadeia de custódia. Cada saco ou contentor deve ter:

- Nome completo da vítima e/ou número de processo;
- Idade e data de nascimento;
- Breve descrição da fonte, incluindo a localização de onde foi recolhido;
- Data e hora da recolha;
- Iniciais ou assinatura da pessoa que recolheu e embalou o vestígio. Para evitar danificar o vestígio, o envelope deve ser escrito antes de o colocar dentro.

SELAGEM: Cada saco deve ser selado para que não se possa acrescentar ou retirar qualquer item, deve-se selar e assinar em cima do selo para garantir a cadeia de custódia.

PROCESSAMENTO: Nem todos os vestígios são processados, pois o processamento de alguns vestígios pode ser desnecessário, por exemplo quando o agressor confessa o crime. No entanto o enfermeiro deve sempre fazer a recolha, pois quem decide a validade e interesse do vestígio é o juiz.

PROCEDIMENTO:

- Obter a história completa do utente, hora de admissão e avaliação inicial no SU;
- Usar sempre luvas e equipamento de proteção individual e analisar a vítima da cabeça aos pés;
- Colocar sempre o tratamento da pessoa em primeiro lugar;
- Nunca desperdiçar nada que possa ser considerado vestígio;
- Trocar de luvas frequentemente, para evitar a infeção cruzada, não esquecendo de higienizar as mãos antes e depois de calçar as luvas;
- Todos os itens devem secar antes de serem embalados;

- Documentar sempre o que viu, ouviu e cheirou;
- Sacos, envelopes, contentores devem ser selados e deve ser colocada uma etiqueta a identificar;
- Nunca deixar a vítima ou o agressor lavar as mãos;
- Fotografar sempre que possível (fotografar a face e corpo da vítima e, quando possível, fotografar cada ferida individualmente: a primeira fotografia é tirada para identificar a parte do corpo, a segunda próxima da lesão e a terceira próxima da lesão mas com escala);
- Usar diagramas, medir, e manter anotações legíveis;
- Garantir que todos os objetos pertencentes ao utente sejam cuidadosamente removidos, e que cada item seja mantido separadamente;
- Quando for necessário cortar a roupa o mesmo deve ser feito pelas costuras, afastado da área de lesão, de forma a preservar o buraco da bala, facada ou outro rasgo. Caso a vítima se dispa sozinha, deve realizá-lo de pé em cima de dois lençóis limpos e sobrepostos. À medida que a roupa vai sendo retirada deve ser colocada em cima desses lençóis. O lençol que fica em contato com o chão não é considerado vestígio forense, ao contrário do que fica por cima;
- Cada peça de roupa deve ser empacotada em sacos de papel limpos e individuais, de forma a evitar a contaminação cruzada. Nunca em sacos de plástico;
- A roupa e espólio pessoal da vítima não deve ser devolvido à família ou amigos;
- Colher o maior número possível de amostras;
- A pesquisa de vestígios em cavidades corporais apenas deve ser realizada com indicação judicial, e esta deve ser efetuada por médicos, estes devem ser acompanhados por uma testemunha do mesmo sexo da vítima. É importante documentar tudo e assinar;
- Se tiver que dar um testemunho, escreva-o você mesmo;
- Registar sempre que entrega um vestígio a data e o nome para quem o entregou.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cristal, I (2009). A Recolha de Vestígios no Local do Crime pela Investigação Criminal da GNR. (Dissertação de Mestrado em Ciências Militares – Especialidade Segurança, Academia Militar de Lisboa, Lisboa). Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8082/1/Asp.%20%20Ivo%20Cristal.pdf

Gomes, C. (2016) Preservação dos Vestígios Forenses: Conhecimentos e Práticas dos Enfermeiros do Serviço De Urgência. (Dissertação de Mestrado em Medicina Legal, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra). Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/36819/1/DM%20Cristiana%20Gomes.pdf

Gonçalves, S. (2011). Vivências dos Enfermeiros na Manutenção de Provas Forenses no Serviço de Emergência. (Dissertação de Mestrado em Medicina Legal, Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto). Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57083/2/TeseSusanaGoncalves.pdf

Silva, C. (2010). Os Enfermeiros e a Preservação de Vestígios perante Vítimas de Agressão Sexual, no Serviço de Urgência. (Dissertação de Mestrado em Medicina Legal, Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto). Disponível em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26910/2/Cristina%20Silva%20%20Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Medicina%20Legal%20%202010.pdf

Silva, F. (2006) Preservação da Cadeia de Custódia em Vestígios Biológicos para fins Forenses - Caracterização da situação atual e proposta de critérios de recolha e envio de vestígios biológicos. (Dissertação de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa). Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1018/1/16658_1._Inicio3.pdf

APÊNDICE B: "Recolha e Preservação de Vestígios Forenses no Serviço de Urgência" - Póster

Recolha e Preservação de Vestígios Forenses no Serviço de Urgência

As vítimas de crime de agressão voluntária ou involuntária são uma das preocupações da sociedade global. Por conseguinte, os Serviços de Urgência sendo considerados porta de entrada para os Serviços de Saúde, devem ser capazes de providenciar assistência a estas vítimas cujo número de ocorrências tem vindo a aumentar ao longo dos anos.

PRINCÍPIOS BÁSICOS NA RECOLHA E PRESERVAÇÃO DE VESTIGIOS

RECOLHA	Deve ser realizada com cuidado de forma a não danificar a mesma, e de forma a não transferir vestígios da vítima para o cuidador, do cuidador para a vítima, e do local para ambos.
SECAGEM	Deve ser feita ao ar livre, em local seco, sendo este o método preferencial para a preservação dos vestígios húmidos. O sangue deve ser refrigerado mas não congelado. Nunca colocar os itens que contenham ADN em sacos de plásticos ou contentores fechados. O tempo ideal para secar ao ar livre é entre 20 a 30 min.
ROTULAGEM	Todos os vestígios devem ser identificados, rotulados e guardados. Cada saco ou contentor deve constar: • Nome completo da vítima e/ou número de processo; • Idade e data de nascimento; • Breve descrição da fonte, incluindo a localização de onde foi recolhido; • Data e hora da recolha; • Iniciais ou assinatura da pessoa que recolheu e embalou o vestígio. O envelope deve ser escrito antes de se colocar o vestígio no interior.
SELAGEM	Cada saco deve ser selado para que não se possa acrescentar ou retirar qualquer item e deve-se assinar em cima do selo.
PROCESSAMENTO	Nem todos os vestígios são processados, no entanto, o enfermeiro deve sempre fazer a recolha, pois quem decide a validade e interesse do vestígio é o juiz.

PROCEDIMENTO

- Obter a história completa da vítima, hora de admissão e avaliação inicial;
- Usar equipamento de proteção individual e analisar a vítima da cabeça aos pés;
- Colocar sempre o tratamento da vítima em primeiro lugar;
- Nunca desperdiçar nada que possa ser considerado vestígio;
- Todos os itens devem secar antes de serem embalados;
- Sacos, envelopes, contentores devem ser selados e deve ser colocada uma etiqueta a identificar;
- Nunca deixar a vítima ou o agressor lavar as mãos;
- Documentar sempre o que viu, ouviu e cheirou;
- Fotografar sempre que possível (face e corpo da vítima e, quando possível, cada ferida individualmente: a primeira fotografia é tirada para identificar a parte do corpo, a segunda próxima da lesão e a terceira próxima da lesão mas com escala);
- Usar diagramas, medir, e manter anotações legíveis;
- Garantir que todos os objetos pertencentes à vítima são preservados separadamente;
- Se necessário cortar a roupa, fazê-lo pelas costuras, afastado da área de lesão. Caso a vítima se dispa sozinha, deve fazê-lo de pé em cima de dois lençóis limpos e sobrepostos. O lençol que fica em contato com o chão não é considerado vestígio, ao contrário do que fica por cima;
- Cada peça de roupa deve ser empacotada em sacos de papel limpos e individuais. Nunca usar sacos de plástico;
- A roupa e espólio pessoal da vítima não deve ser devolvido à família ou amigos;
- A pesquisa de vestígios em cavidades corporais apenas deve ser realizada com indicação judicial, e deve ser efetuada por médicos acompanhados por uma testemunha do mesmo sexo da vítima.
- Se tiver que dar um testemunho, escreva-o você mesmo;
- Registar sempre que entrega um vestígio a data e o nome para quem o entregou.

Apêndice V: FOLHETO - Guia de Acolhimento ao Serviço de Urgência
(Informação aos Doentes e Familiares)

CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA·PORTO

SERVIÇO DE URGÊNCIA

Promovendo a Melhoria Contínua da Qualidade

Por

Joana Verónica Moreira Vinhas

Sob a orientação de Lúcia Rocha

Porto – janeiro de 2018

ÍNDICE

INTRODUÇÃO…….……165

1. DOTAÇÕES SEGURAS EM ENFERMAGEM……..……167

2. MÉTODO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM……..…….….……..…171

2.1.CUIDADOS DE ENFERMAGEM FUNCIONAIS…….……...171

2.2.CUIDADOS DE ENFERMAGEM INTEGRAIS/INDIVIDUAIS.……172

2.3.CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM EQUIPA……...…...…173

3. MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE…….……177

CONCLUSÃO……...……...…..…181

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.……..……..…..…183

APÊNDICE: Análise Swot do SU……..……..…….185

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, constituinte do plano curricular do 10º Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto.

Na persecução do desenvolvimento das competências de enfermeira especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica na área da supervisão dos cuidados, observei a existência de fragilidades e oportunidades de melhoria na prestação de cuidados no Serviço de Urgência; pelo que decidi elaborar este trabalho.

O Serviço de Urgência tem como missão identificar todas as necessidades em cuidados de saúde dos doentes que recorrem a este serviço, proporcionando cuidados emergentes à população da sua área de influência, e fazendo o planeamento necessário entre a instituição e todos os outros recursos existentes na comunidade. Para o desempenho da sua missão tem como valores fundamentais a disponibilidade, acessibilidade, continuidade, qualidade e humanização dos cuidados a prestar, respeitando os valores individuais de cada um.

A humanização dos cuidados está diretamente relacionada com a qualidade dos serviços de saúde, pelo que se torna premente que enquanto enfermeira e futura especialista e mestre em EMC, seja capaz de identificar situações-problema e soluções para os problemas identificados.

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho será a descritiva, analítica e reflexiva, e tenho como objetivos:

- Identificar possíveis situações-problema existentes no SU;
- Propor soluções que contribuam para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos doentes neste serviço.

Assim, este englobará uma reflexão crítica sobre o método de trabalho utilizado pelos enfermeiros do SU, assim como sobre as dotações seguras em enfermagem neste local.

Terminarei abordando as implicações destas temáticas no desenvolvimento da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e, após explanar as conclusões obtidas, apresentarei em apêndice a análise SWOT realizada a este serviço.

1. DOTAÇÕES SEGURAS EM ENFERMAGEM

As Dotações Seguras são um tema atual principalmente após a publicação do Regulamento nº 533 da Ordem dos Enfermeiros em 2014. No entanto, mesmo antes do regulamento ser publicado, Nunes (2011) já frisava a importância crucial e estreita entre dotações seguras e as questões relacionadas com a qualidade, a segurança, e a acessibilidade aos cuidados de enfermagem. A própria Constituição da República Portuguesa, no seu Art.º 64, nº3, alínea b; responsabiliza o Estado por: *"garantir uma racional e eficiente cobertura em todo o País em recursos humanos e unidades de saúde"*(p.50).

Em 2006, o Conselho Internacional de Enfermeiros publicou um documento de referência intitulado ―Dotações Seguras Salvam Vidas". Segundo este documento, o conceito das dotações seguras surgiu das sucessivas e importantes alterações nos sistemas de saúde a nível mundial. Este refere-se a dotações seguras como sendo a *"disponibilidade a todas as alturas de uma quantidade adequada de pessoal com uma combinação adequada de níveis de competência, no sentido de assegurar a ida ao encontro das necessidades dos utentes e a manutenção da condições de trabalho isentas de risco"* (p.6). Como referido anteriormente, as dotações seguras são um conceito atual e traduzem a sustentação da qualidade dos cuidados prestados, da atividade profissional de quem dizem respeito, e dos resultados organizacionais.

A aplicação das dotações seguras abrange a complexidade das atividades de enfermagem, os vários níveis de preparação, competência e experiência dos enfermeiros; o desenvolvimento da equipa de saúde; o trabalho de gestão em termos operacionais e executivos; ambiente tecnológico e contextual das instalações; a disponibilidade de apoio dos serviços; e a disponibilidade de proteção àquele que comunique alguma situação adversa: erros, negligências e abusos de poder (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006).

Partindo da hipótese de que os contextos organizacionais que asseguram dotações seguras garantem melhores cuidados aos doentes, é importante questionar até

que ponto a melhoria dos ambientes de trabalho para os enfermeiros se reflete numa evidente melhoria da satisfação dos doentes.

Como referido, em 2004 foi publicado no nosso país o regulamento que notifica a norma para o cálculo das Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento nº 533/de 2 dezembro de 2014), constituindo um instrumento de referência nos diferentes contextos da prestação de cuidados de saúde. No início deste regulamento pode ler-se que *"a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população"* (p. 30247). Criam-se assim condições para de forma sustentada calcular através de uma norma específica, o número de recursos humanos necessários para diferentes contextos profissionais.

O cálculo das dotações seguras é sobretudo uma ferramenta primária para que a Ordem dos Enfermeiros possa garantir a concretização do nº1 do artigo 3º, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros - Promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população. Não existe um método único para o cálculo de dotações seguras dos enfermeiros pelo que a norma já referida para os serviços de internamento tem por base o Sistema de Classificação de Utentes, que é da Administração Central do Sistema de Saúde I.P.

Este sistema, que começou a ser usado em Portugal no ano de 1984, impõe um ideal de ferramenta de comunicação que deverá ser usada entre gestores e profissionais de saúde uma vez que permite identificar e caraterizar as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem a partir da *"categorização por indicadores críticos e segundo um padrão de qualidade definido"* (Ordem dos Enfermeiros, 2014, p.9). As fórmulas de cálculo do número de enfermeiros necessários à prestação de cuidados seguros e de qualidade variam consoante o contexto da prestação de cuidados.

A equipa de enfermagem do SU é composta por aproximadamente 70 elementos, distribuídos por cinco equipas. A distribuição de enfermeiros no SU não se realiza pelo rácio enfermeiro/doente, mas pelo posto de trabalho, o que vai de encontro à norma para

o cálculo das dotações seguras dos cuidados de enfermagem (Regulamento nº 533/2014).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2014), a fórmula a utilizar por "Posto de Trabalho" deve ser adaptada ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, semana e mês de cada Serviço de Urgência. De acordo com Pereira (2014) as metodologias de cálculo de dotações de enfermeiros em SU não são adaptáveis ao fluxo da procura do serviço, não atendem à gravidade do doente nem à carga de trabalho de profissionais, uma vez que o número de postos de trabalho é sempre o mesmo, independentemente da variação do número e tipo de doentes. Assim, também eu considero que o cálculo de enfermeiros por posto de trabalho no SU não atende ao fluxo de doentes, nem à gravidade do doente, nem à carga de trabalho.

A busca pela qualidade na prestação de cuidados de saúde tem vindo a ser uma preocupação crescente nos nossos dias, surgindo vários programas de controlo da qualidade, com a finalidade de avaliarem a qualidade dos serviços prestados, tanto no sistema nacional de saúde público, como no privado.

Segundo Ribeiro et al. (2008) referindo André e Rosa (1997), por *"cuidados de saúde de qualidade entendem-se os que maximizam a satisfação dos intervenientes em todas as etapas do processo do cuidar"* (p.4). A qualidade na saúde pode ser definida como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente (e não apenas eficaz) dos recursos, um mínimo de risco ao doente e um alto grau de satisfação por parte dos mesmos.

A conceção dos cuidados de enfermagem deverá ter em conta, não só a resposta às reais necessidades em cuidados de saúde da população, mas também conseguir antecipar o aparecimento dessas necessidades, fazendo-o de maneira a que consiga exceder as expetativas dos doentes, no sentido de atingir a excelência profissional. Assim, foram definidos em 2001 pelo Conselho de Enfermagem da OE, Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, dada a necessidade de traçar um caminho que promova a qualidade contínua do exercício profissional dos enfermeiros.

Foi desta reflexão sobre a prática, que no decorrer deste módulo de estágio surgiram algumas considerações, essencialmente nas vertentes da segurança dos doentes e da

continuidade dos cuidados: dois pilares fundamentais para conseguir cuidados de enfermagem de qualidade.

Verifiquei que apesar de se preconizar a adoção do Método Individual de Trabalho na instituição, tal não se aplica na prática neste serviço, sendo o Método Funcional (tarefa) o método em vigor nas áreas constituintes do SU.

A partir desta constatação, mobilizei os conhecimentos adquiridos nas aulas de Gestão e fiz pesquisa bibliográfica no sentido de identificar e definir as metodologias de trabalho em enfermagem, tendo em conta os quatro elementos predominantes da qualidade ligados à organização sistemática dos cuidados (totalidade; imputabilidade; continuidade; coordenação).

2. MÉTODOS DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

A adoção do tipo de método de trabalho espelha a filosofia de cuidar de uma instituição ou unidade de saúde, sendo que a conceção da organização dos cuidados vai muito além da simples distribuição de atividades.

A seleção do método de trabalho deve ter subjacentes os seguintes princípios (Frederico & Leitão, 1999):

- Tornar o trabalho dos enfermeiros mais fácil e seguro;
- Rentabilizar o tempo e os recursos;
- Eliminar a duplicação de pessoal e de esforços;
- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Assim, são vários os métodos de trabalho que servem de suporte à prática dos cuidados:

2.1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM FUNCIONAIS

Os Cuidados de Enfermagem Funcionais consistem num modo de organização em que o processo global de trabalho é dividido em tarefas, e em que cada trabalhador é responsabilizado pela concretização de parte dessas tarefas, que estão previamente definidas e padronizadas quanto à sua sequência e execução.

Assim, a divisão do trabalho origina que cada membro da equipa esteja mais afeto a tarefas do que a doentes o que torna vulgar a fragmentação dos cuidados (Pinheiro, 1994). O ênfase é "fazer com que seja feito", levando a enfermagem funcional a ser descrita como método de atendimento tipo "linha de montagem".

O enfermeiro "prestador de cuidados" apenas presta informação sobre a particularidade de um tratamento, isto é, a complexidade do trabalho restringe-se, neste método, às competências gestuais de execução, de maior ou menor tecnicidade.

Não é potenciado o trabalho de natureza analítica e interpretativa. E é neste sentido que este modelo de organização de trabalho não é gerador de condições que tornem pertinentes novas competências. A distribuição da tarefa pode não envolver a situação clínica do doente nem a experiência ou a capacidade do enfermeiro em realizá-las, pelo que se torna impossível a atribuição de responsabilidades (como, por exemplo, erros e omissão de cuidados), uma vez que o nível de imputabilidade é extremamente baixo.

A aplicação deste método de trabalho faz com que se desloque o doente do centro da atenção, para a periferia. O doente é evocado como o centro do seu trabalho, pelos enfermeiros, mas objetivamente, cada enfermeiro no final do turno não tem a perceção de ter cuidado um dado número de doentes, mas sim de ter feito, ―várias picadas", ―várias alterações de medicação" etc... As prescrições médicas e os procedimentos necessários à execução dessas prescrições, juntamente com a administração de cuidados físicos de rotina, recebem a prioridade (Costa, 1999 referindo Kron e Gray, 1989). O doente é assim repartido por tarefas, efetuadas por diferentes enfermeiros, numa perspetiva mecanicista (Parreira, 2005), em que se valoriza a quantidade de trabalho em detrimento da qualidade, em que o cuidar é fragmentado, reduzindo a intervenção do enfermeiro a simples atos. Por isso, os doentes sentem muitas vezes uma diminuição do interesse humano durante a sua passagem pelos serviços de saúde.

Este método de trabalho tem como principal vantagem a eficiência, pois as tarefas são executadas com rapidez e com pouca confusão relativa a responsabilidades. Além disso, possibilita o atendimento com uma quantidade mínima de enfermeiros. Para os administradores isso é bastante significativo, já que podem-se reduzir enormemente os custos com salários e encargos funcionais.

Contudo, percebe-se que nesta perspetiva o atendimento holístico e qualificado não é considerado essencial.

2.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM INTEGRAIS/INDIVIDUAIS

Os Cuidados de Enfermagem Integrais/Individuais baseiam-se no conceito de cuidado global e implicam a atribuição de cada doente a um enfermeiro que se torna responsável pela prestação de cuidados globais ao mesmo. Neste método de trabalho, o atendimento não é fragmentado durante o tempo em que o enfermeiro está de serviço. A organização

global dos cuidados face às necessidades de um doente depende da propensão do enfermeiro em privilegiar o doente ou a tarefa, e a avaliação dos resultados assenta principalmente nos objetivos visados e no tempo disponível (Costa, 1999 referindo Pinheiro, 1994). A responsabilidade de todos os cuidados é de um enfermeiro em particular, que avalia e coordena os cuidados, embora haja quem defenda que a responsabilidade última é do enfermeiro responsável pelo serviço (Costa, 1999 referindo Marriner e Tomey, 1988).

Segundo Pinheiro (1994), o enfermeiro chefe é responsável, principalmente, pela supervisão e avaliação dos cuidados, e mantém um certo poder decisório em todas as etapas do processo.

As vantagens decorrentes deste método são essencialmente: a individualização dos cuidados; o favorecimento da relação enfermeiro/doente (o que permite a conceção do doente sob o ponto de vista holístico); a possibilidade da continuidade dos cuidados; a fomentação da criatividade; e o aumento da responsabilidade do enfermeiro e da sua capacidade de decisão.

Contudo, existem limitações na sua aplicação, sendo elas: as diferenças ao nível de competência individual dos enfermeiros, e os diferentes níveis de conhecimento dos mesmos; que poderá causar assimetria na prestação de cuidados e requerer uma maior dotação de pessoal (Parreira, 2005).

2.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM EQUIPA

O método de trabalho Cuidados de Enfermagem em Equipa, consiste na organização de uma ou mais equipas, sendo-lhe atribuída a responsabilidade de um grupo de doentes, pelos quais assumem a responsabilidade da prestação global dos cuidados. A equipa é liderada por um elemento, que assume a responsabilidade de tomar decisões referentes às prioridades das necessidades dos doentes e planeamento, coordenação, supervisão e avaliação dos cuidados de enfermagem (Frederico & Leitão, 1999).

Os cuidados passam, sem cessar, da fragmentação à continuidade. O líder de equipa, responsável interno, é normalmente designado de entre os enfermeiros com maior categoria ou maior antiguidade no serviço, e embora não corresponda a nenhuma

categoria oficialmente estabelecida, é uma distinção internamente reconhecida e valorizada, que se traduz num relativo acréscimo de autoridade técnica e social na gestão das situações de trabalho (Costa, 1999 referindo Lopes, 1994).

Ao líder, cabe-lhe por exemplo: planificar a distribuição dos cuidados, distribuindo os doentes pelos diversos membros da equipa, segundo as suas competências (Costa, 1999 referindo Pinheiro, 1994); tomar decisões face a discordâncias de ordem técnica ou organizacional que ocorram entre os enfermeiros da sua equipa perante uma situação concreta; ou fazer face à coordenação do trabalho de enfermagem nas situações de emergência.

O líder da equipa tem a responsabilidade dos cuidados, assumindo primordial importância o desenvolvimento das suas capacidades de liderança, controlo e técnicas de supervisão, de forma a ajudar a equipa a conhecer as suas obrigações e a executá-las com o melhor da sua capacidade.

O enfermeiro chefe delega funções, de modo criterioso, mantendo alguma sob a sua responsabilidade, afetando muito o funcionamento da enfermagem, tais como: determinar os padrões de desempenho esperados nos enfermeiros; ajudar os membros da equipa a concretizar os objetivos da unidade de cuidados; dar ao líder da equipa oportunidade e auxílio para o desenvolvimento da sua capacidade de liderança/controlo; integrar novos enfermeiros na dinâmica da equipa; motivar os enfermeiros para a melhoria dos cuidados; e manter abertos os canais de comunicação com todos os membros da equipa (Costa, 1999 referindo Kron e Gray, 1989).

Neste método de trabalho o poder decisório está descentralizado. De facto, não obstante manter-se uma hierarquia de autoridade, esta é sucessivamente delegada a escalões intermédios e de base, descentralizando a sua concentração da figura da chefia de enfermagem, o que configura uma relativa autonomia de cada enfermeiro.

Refletindo sobre as vantagens e desvantagens de cada uma das metodologias apresentadas, considero que o método de trabalho que mais contribui para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros do SU, para a qualidade de cuidados, e para a satisfação dos doentes é o método de cuidados de enfermagem integrais, ou seja, o método de trabalho individual com recurso ao enfermeiro de referência, adotado na instituição. Os enfermeiros têm maior satisfação no seu trabalho, porque assumem

maior responsabilidade e autonomia, desempenhando funções específicas que lhes permitem uma relação mais próxima com os doentes e suas famílias. Esta autonomia tem uma relação direta, na forma como os doentes percecionam os cuidados que os enfermeiros lhes prestam, sendo estes cuidados mais eficientes e eficazes.

3. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

De acordo com o ICN, a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem. O desenvolvimento da segurança envolve um conjunto de medidas, com largo espetro de ação como: o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental, e a gestão de risco (que inclui o controle de infeção, uma prática clínica segura, a segurança dos equipamentos, e a manutenção de um ambiente de cuidados seguro); a isto juntando um corpo de profissionais com conhecimento científico e focado na segurança do doente e nas infraestruturas necessárias para o garantir.

Atualmente as instituições de saúde trabalham para fazer face a um único objetivo comum: o de garantir a segurança dos cuidados e consequentemente a qualidade dos cuidados. Em 2009 o Conselho da União Europeia emanou um conjunto de recomendações sobre a segurança dos doentes e, mais tarde, a DGS através do Despacho nº1400-A/2015 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (D.R., 2.ª série — N.º 28 /2015). Este Plano tem como objetivos: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (Despacho n.º 1400-A/2015, D.R., 2.ª série — N.º 28 /2015), que se encontra integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Despacho n.º 5613/2015, D.R, n.º 102 de 27 de maio).

Sendo a segurança dos doentes prioritária nas intervenções dos cuidados de saúde, ao longo do estágio tive a possibilidade de analisar os pontos fortes da equipa, as fragilidades, e os aspetos passíveis de melhoria. Esta análise, apesar de não ter tido um efeito imediato, serviu de reflexão conjunta com os enfermeiros tutores e com o chefe do serviço, contribuindo para uma consciencialização dos problemas e incitando a

tomada de medidas que visem a melhoria da qualidade dos cuidados, nomeadamente: a persecução contínua das metas de qualidade e segurança do programa de acreditação implementado (SGS); a identificação dos indicadores de qualidade de enfermagem do SU; a implementação efetiva do método individual de trabalho e a constituição de grupos de trabalho para implementação de medidas promotoras da qualidade dos cuidados e realização de auditorias às mesmas. A presença de enfermeiros dinamizadores do SU nas diferentes comissões hospitalares também será um elemento importante na consecução dos objetivos institucionais e do próprio serviço.

A análise realizada seguiu a metodologia SWOT e encontra-se explanada em apêndice a este trabalho.

A sobrelotação constante das diferentes áreas do SU também deve ser um aspeto a melhorar, no entanto, compreende-se que a resolução deste problema vá muito além das eventuais medidas que possam ser adotadas pelo serviço, consistindo num problema organizacional e institucional.

É importante compreender que o mesmo número de enfermeiros não consegue proporcionar a mesma qualidade de cuidados tendo 15 ou tendo 30 doentes a seu cargo no mesmo espaço físico. Assim, facilmente se conclui que a qualidade dos cuidados vai diminuir e, por outro lado, a possibilidade de ocorrência de erros ou de eventos adversos vai aumentar. A incidência de efeitos adversos é neste momento um desafio para a qualidade dos cuidados, e pode ser considerada uma causa importante de sofrimento humano, que poderia muitas vezes ser evitado.

Ainda relacionado com o problema da sobrelotação, surgem outras questões como a dificuldade em manter a privacidade dos doentes. Apesar de todos os esforços que são realizados para proporcionar o mínimo de condições de privacidade aos doentes e família, torna-se quase impossível alcançar o objetivo quando existem macas praticamente coladas umas às outras, levando ao não cumprimento do espaço mínimo recomendado entre as mesmas, que é de um metro e meio de separação.

Um outro risco que advém desta situação é a contribuição para o aumento da taxa de infeções cruzadas pelo não respeito da distância mínima entre os doentes. Esta minha preocupação foi transmitida aos meus enfermeiros tutores e ao enfermeiro chefe do SU,

que reconheceu a existência desta situação-problema, esperando que a curto prazo fossem feitas obras de remodelação do espaço, para permitir resolver a situação.

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, e que pode também afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade. A IACS, não sendo um problema novo, assume cada vez maior importância em Portugal e no mundo. Á medida que a esperança média de vida vai aumentando, e à medida que dispomos cada vez mais de tecnologias mais avançadas e invasivas; verificamos que aumenta também o número de doentes em terapêutica imunossupressora, o que aumenta também o risco de infeção.

A capacidade de evitar e diminuir a taxa de infeção deve constituir um indicador da qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com a legislação vigente, todas as unidades de saúde, em Portugal, são obrigadas a nomear e operacionalizar as CCI, com o objetivo de implementar o Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Julgo que nós, enfermeiros, assumimos um papel central na promoção da segurança do doente, pois somos aqueles que no decorrer da nossa atividade profissional, mais tempo estamos junto dos mesmos, numa função muito importante de vigilância e deteção precoce de eventuais complicações.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros estão cada vez mais empenhados a progredir, no sentido de prestar cuidados de alta qualidade, que respondam às necessidades da sua população alvo. Esta prática profissional deve ser constantemente questionada, numa atitude crítico-reflexiva, para podermos tomar decisões baseadas na melhor evidência disponível. O que se espera dos profissionais é a prática de uma Enfermagem Avançada, ou seja, uma prática baseada na evidência.

Consciente de que o saber profissional especializado de enfermagem resulta do processo de construção assente numa prática implicada e refletida, estou convicta de que consegui ao longo deste documento explanar alguns aspetos identificados, passíveis de serem melhorados na prestação de cuidados aos doentes pelos meus pares.

A incorporação de um novo método de trabalho, passando do método funcional para o método individual, seria um fator extremamente importante no sentido em que proporcionaria um aumento do envolvimento dos enfermeiros com os seus doentes, possibilitando uma visão mais abrangente, resultando no aumento da satisfação pessoal e da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Assim, proponho que para melhorar a qualidade dos cuidados, se "rompa" com o método de prestação de trabalho por tarefa, já que este dificulta a relação enfermeiro /doente não favorece a avaliação dos cuidados prestados, descura a imputabilidade, e não permite a continuidade na prestação de cuidados. Esta medida seria assim capaz de favorecer, e desenvolver o cuidado holístico nos cuidados de enfermagem.

As dotações seguras são também um aspeto que não deve ser descurado num serviço de urgência. A grande imprevisibilidade do número de doentes que recorrem a este serviço, assim como a gravidade das situações assistidas no dia a dia, carece que o número de enfermeiros em número e em competências seja devidamente estipulado, sendo este aspeto complexo para qualquer instituição, principalmente quando a norma para o cálculo das dotações seguras emanada pela Ordem dos Enfermeiros para os SU não se encontra de acordo com a realidade de muitos destes serviços.

Termino este documento, esperando que o mesmo sirva de motivação para os profissionais de SU, e sabendo à partida que as mudanças são sempre processos morosos e que requerem tempo até serem devidamente aceites e implementadas no seio das equipas. Contudo, se focarmos o nosso cuidado no doente e na ambição da promoção da melhoria contínua da qualidade, facilmente verificamos que existem mudanças que devem sim acontecer!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2006). Dotações Seguras, Salvam Vidas. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_ 2006.pdf>

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2007). Ambientes Favoráveis à prática: Condições no trabalho = Cuidados de qualidade. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf>

Constituição da República Portuguesa. (Artigo 64, n.º 3, alínea b). Disponível em: <https://www.parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Documents/CRPVIIrevisao.pdf>

Costa, J. (1999). Método e Perceção de Cuidar Em Enfermagem. (Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem ao Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar, Universidade do Porto). Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10141/7/2645_TM_01_P.pdf>

Frederico, M.; Leitão, M. (1999).Princípios de Administração para Enfermeiros. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-09-3.

Nunes, L. (2011). Evocando o cachimbo de Magritte: das dotações, políticas de pessoal e pessoal e discursos de acessibilidade. Revista da Ciência da Saúde da ESSCVP. Disponível em: <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=307%2049>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf>

Parreira, P. (2005). Organizações. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-46-8.

Pereira, M. (2014). Análise do custo-efetividade da dotação de enfermeiros do serviço de urgência nos resultados da prestação de cuidados de saúde. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia, Universidade do Porto). Porto. Disponível em: <https://sigarra.up.pt/fdup/en/PUB_GERAL.PUB_VIEW?pi_pub_base_id=32798>

Pinheiro, M. (1994). Organizar a prestação de cuidados: Uma função / desafio para o enfermeiro chefe. Servir, 42 (6) novembro.

Regulamento nº 533/2014 de 2 de dezembro. (2014). Diário da República, nº 233, 2ª série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento533_2014_NormaDotacoesSeguras.pdf>

Ribeiro, O. (2008). Qualidade dos Cuidados de Saúde. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/7.pdf>

APÊNDICE: Análise SWOT do SU

STRENGS (Forças)
✓ Interesse do Enf.Chefe, chefes de equipa, e restantes enfermeiros nos processos de melhoria da qualidade; ✓ Equipa de enfermagem jovem, dinâmica, e recetiva a novos projetos; ✓ Existência de momentos de formação à equipa de enfermagem e sua distribuição no horário; ✓ Existência de plano diário com a distribuição dos enfermeiros pelos vários setores do SU; ✓ Existência de normas e protocolos facilitadores da atuação das equipas; ✓ Informatização dos Processos dos doentes HP-HCIS® no SU; ✓ Informatização dos Processos dos doentes (S-Clinico) no SU e Internamento; ✓ Equipas de Enfermagem organizadas por modelo multifuncional.
WEAKNESSES (Fraquezas)
✓ Recursos humanos ao nível do pessoal de enfermagem limitados; ✓ Absentismo dos enfermeiros influenciando o plano de distribuição diário/semanal, com respeito pelo rácio mínimo de profissionais necessários ao funcionamento do SU; ✓ Saída dos enfermeiros do SU e necessidade de integração dos novos elementos; ✓ Equipas de enfermagem dispares ao nível das competências; ✓ Adoção do método de trabalho funcional pela equipa de enfermagem; ✓ Imprevisibilidade do fluxo de doentes do SU; ✓ Frequente sobrelotação dos diferentes setores devido à inapropriada dimensão dos mesmos; ✓ Carência de material de monitorização necessário em diferentes setores do SU.
OPPORTUNITIES (Oportunidades)
✓ Continuidade das metas de qualidade e segurança do programa de acreditação implementado (SGS); ✓ Identificação dos indicadores de qualidade de enfermagem do SU; ✓ Implementação efetiva do método individual de trabalho; ✓ Constituição de grupos de trabalho para implementação de medidas promotoras da qualidade dos cuidados e realização de auditorias às mesmas; ✓ Presença de enfermeiros dinamizadores do SU nas diferentes comissões hospitalares.
THREATHS (Ameaças)
✓ Alta tardia do SU para o domicílio e/ou serviço de internamento; ✓ Aumento da afluência de utentes que recorre ao SU; ✓ Fatores de carácter pessoal e profissional dos enfermeiros dinamizadores; ✓ Recursos materiais e financeiros disponíveis na instituição limitados.

Apêndice V: FOLHETO - Guia de Acolhimento ao Serviço de Urgência
(Informação aos Doentes e Familiares)

Como pode ajudar?

Em algumas situações para doentes dependentes ou com permanências prolongadas no Serviço torna-se necessária a gestão de contactos pontuais, ou permanentes de familiares. Essa gestão visa garantir a qualidade do cuidado ao mesmo tempo que não pode ter prejuízo para o funcionamento do Serviço.

Ao acompanhante é exigido que se comporte com educação e que respeite as instruções e indicações dos profissionais do Serviço. Para vários acompanhantes de um mesmo doente deve haver um de referência que sirva de elo de ligação com os profissionais de saúde.

No Momento da Alta

Siga as indicações dadas pelo médico/enfermeiro e verifique que não leva nenhum dispositivo médico desnecessário (cateteres por exemplo).
Certifique-se de que leva os documentos necessários: carta de alta e receita médica, se for o caso. Se necessitar de algum esclarecimento não hesite em colocar as suas dúvidas ao médico/enfermeiro. Se quiser um comprovativo do internamento, solicite no balcão da entrada a respetiva declaração.

Se tiver dúvidas, contacte o gabinete de Informações

Serviço de Urgência

Guia de Acolhimento ao Serviço de Urgência

Informação aos Doentes e Familiares

Colabore e ajude-nos!

2010

Serviço de Urgência

A missão do Serviço de Urgência consiste em tratar doentes com situações clínicas urgentes e emergentes. Estas correspondem às ocorrências de instalação súbita com risco de estabelecimento de falência de funções vitais. A avaliação é objetiva, em função de critérios clínicos, e não tem por base uma definição vaga assente na noção subjetiva do doente.

A equipa do SU é constituída por médicos de diferentes especialidades, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de RX e equipa de secretariado.

Atribuição de Prioridade — Triagem de Manchester

Após abertura de episódio de urgência junto do nosso secretariado, será chamado por um enfermeiro que lhe fará algumas perguntas de modo a poder atribuir-lhe uma prioridade.

O Serviço de Urgência utiliza a Triagem de Manchester para a estratificação de risco das pessoas que recorrem ao SU. Este sistema utiliza cores para determinar a prioridade dos doentes a partir da avaliação por enfermeiros treinados:
Após a atribuição da sua prioridade, aguarde na sala indicada, que o médico o chame.

Cuidados a ter no SU

A higiene das mãos deve ser realizada sempre que contactar com o doente, antes e depois.
Depois de utilizar as instalações sanitárias deve sempre fazer a higiene das mãos.
Deve tossir ou espirrar tapando a boca com um lenço de papel ou com o braço e fazer sempre a higiene das mãos depois.
No serviço, assim como em toda a instituição é proibido fumar, estando este capacitado para a deteção de qualquer infração a esta regra.

Não esqueça:

De modo a melhor diagnosticar o problema que o trouxe ao SU, os nossos médicos podem solicitar diversos exames complementares de diagnóstico (como análises, RX, TAC's, Angiografias, entre outros). Por esse motivo é muito importante que enquanto cá estiver **não coma nem beba** sem autorização médica, de forma a não comprometer a sua realização.

Assim que o seu estado clínico o permita, poderão ser-lhe ser disponibilizadas refeições leves no SU.

Saiba mais sobre como pode ajudar o seu familiar!

Apêndice VI: FOLHETO - Guia de Acolhimento à Família

do Doente Internado em OBS

Não Esquecer...

- A família possui informação preciosa acerca dos hábitos de vida, gostos, antecedentes pessoais e medicação que o doente realiza no domicílio. Estas informações podem ser vitais para a adequação do processo terapêutico ao doente internado.

- Em OBS encontram-se doentes críticos e instáveis, que necessitam de um ambiente calmo, tranquilo, e de muita vigilância. Por esta razão, o horário de visita pode ter de ser reduzido devido ao aparecimento de uma situação de emergência, pelo que pedimos a sua colaboração e compreensão.

O risco de infeção cruzada existe nas Unidades de Saúde, e para sua proteção e do seu familiar, antes e após realizar a sua visita, deve proceder à Higienização das Mãos com a Solução Antisséptica de Base Alcoólica.

Serviço de Urgência

PORQUE PENSAMOS EM SI...

Guia de Acolhimento à Família do Doente Internado em OBS

2018

Informações Gerais:

O Serviço de Urgência localiza-se no piso –1 e tem como missão prestar cuidados de saúde aos doentes que se apresentem em situação de doença aguda, donde possa resultar sofrimento, sequelas graves ou a morte.

O SU é composto por diversas áreas de prestação de cuidados, sendo os doentes encaminhamos de acordo com a sua situação clinica atual.

O OBS é uma dessas áreas e encontra-se reservado à receção de doentes com necessidade de estabilização de doença aguda, e que necessitam de vigilância e monitorização contínua de parâmetros vitais.

O Serviço de OBS

O OBS é composto por 16 camas, distribuídas por 5 quartos; sendo que cada unidade do doente encontra-se constituída por aparelhos que nos permitem saber continuamente o que se passa com o organismo do seu familiar.

O OBS possui, em cada turno, uma equipa de saúde composta por médicos, enfermeiros e assistentes operacionais, a quem poderá recorrer sempre que quiser ver esclarecida qualquer dúvida.

Os internamentos em OBS são, normalmente, de curta duração.

De forma a coordenar as necessidades de informação, pedimos que combine com a restante família quem será a pessoa que será o elo de ligação com a equipa de saúde. É importante que deixe o seu contacto telefónico, pois a qualquer momento poderá haver necessidade de realização de atos médicos e/ou cirúrgicos, e gostaríamos de o manter informado.

De modo a preservarmos a confidencialidade, não nos é possível dar informação pelo telefone, pelo que solicitamos a vossa compreensão.

Visitas

No OBS existem dois períodos de visitas:

Período da manhã: das 12:30 às 13:30h,
Período da tarde: das 18:30h às 19:30h.

Antes de se deslocar para junto do seu familiar, confirme junto da equipa de enfermagem se existe necessidade de precauções adicionais como o colocação de máscara, de luvas e/ou de bata.

Se não for possível visitar o seu familiar no decorrer deste horário, deverá expressar esta dificuldade à equipa de enfermagem presente no OBS, de forma a serem encontradas possíveis soluções.

Espólio

Os objetos pessoais do seu familiar podem ter sido retirados no momento do internamento em OBS.

Para reavê-los deverá solicitar a sua entrega junto da equipa de assistentes operacionais. Os valores (documentos, jóias, carteiras, dinheiro) podem ser readquiridos junto à equipa de administrativos na receção do Serviço de Urgência.